

**FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO**



**O *STRESS* NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:** o Caso  
das Equipas de Enfermagem num Hospital Central.

**REGINA MARIA LOPES GOMES**

*Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria de Lourdes  
Venâncio Vasconcelos para a obtenção do grau de Mestre em  
Administração Pública*

**Coimbra, Dezembro 2008**

## AGRADECIMENTOS

*“a chegada não é nada comparada ao caminho”*

Gandhi

Em primeiro lugar, quero prestar o meu profundo reconhecimento à Professora Doutora Maria de Lourdes Venâncio Vasconcelos, pela orientação desta dissertação, pelo apoio e profissionalismo, disponibilidade, confiança e palavras de incentivo, que sempre constituíram um importante factor de motivação.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra que permitiu a recolha de dados e, muito especialmente aos colegas, pelo empenho e disponibilidade, cuja colaboração tornou possível este estudo.

A todos os meus Professores, sem excepção. A Senhora Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis coordenadora do programa de Mestrado.

Ao Senhor Professor Doutor Adriano Vaz Serra, ao Senhor Professor Doutor Rui Mota Cardoso, ao Senhor Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro e ao Senhor Professor Doutor Luís Sarnadas o meu reconhecimento pela colaboração prestada, ao facultarem os questionários e as respectivas chaves para a sua interpretação.

À Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, à Senhora Doutora Anabela Fernandes Araújo Pedrosa, ao Senhor Professor Doutor Saul Neves de Jesus e ao Senhor Professor Doutor Paulo Queirós o meu obrigado, pela pertinência da bibliografia indicada.

A todos os meus amigos (as) e, em especial, à Anabela e à Liliana que sempre acreditaram e apoiaram este meu projecto/objectivo de vida um sincero e sentido obrigado.

Ao Senhor Engenheiro, Mestre e Amigo Bruno Brito, o meu profundo agradecimento pelo franco apoio incondicional!!! Tem-me mostrado como desbravar caminhos e que as coisas podem ser difíceis, mas não impossíveis...

À memória do meu Avô, à Avó, aos meus Pais e Irmã por me proporcionarem um ambiente de apoio, afecto e segurança, a partir do qual me é possível sonhar...

A ti, por tudo o que não é possível descrever...

## RESUMO

A presente dissertação tem como objectivos identificar o nível de *stress* existente nos grupos profissionais de enfermagem do Centro Hospitalar de Coimbra, identificar as situações indutoras de *stress* e, finalmente, identificar as estratégias utilizadas por estes grupos de profissionais de saúde para lidar com situações de *stress*. Os resultados obtidos estão de acordo com os estudos já realizados nesta temática, verificando-se que os níveis de *stress* variam em função do serviço, da idade, do género, do tempo de exercício de funções, do tempo de permanência no mesmo serviço e do regime de horário laboral. No âmbito deste estudo foram identificados os factores de *stress* dominantes e as estratégias de *coping* mais utilizadas.

**Palavras-chave:** *stress/stress* ocupacional, *coping*, *burnout*, profissionais de saúde, enfermagem

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to identify the stress level on the nursing staff of the the Centro Hospitalar de Coimbra, existing stress conditions and, finally, the coping strategies that are used individually to deal with stress situations. Results are in accordance with other studies in this area, stating that stress levels depend on Service, age, gender, years on duty and duty service. Additionally, dominant stress factors and most used coping strategies were pointed.

**Keywords:** stress/ occupational stress, coping, burnout, health professionals, nursing

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1. O <i>STRESS</i>: ENQUADRAMENTO E CONCEPTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1. Conceptualização do stress .....	14
1.2. Os modelos de “causa externa” .....	16
1.3. O stress como estímulo .....	19
1.4. O modelo transaccional .....	20
1.5. O modelo compreensivo de stress .....	21
<b>CAPÍTULO 2. SITUAÇÕES INDUTORAS DO <i>STRESS</i>.....</b>	<b>23</b>
2.1. Circunstâncias que induzem stress .....	23
2.2. Classes de circunstâncias indutoras de stress .....	24
2.3. Categorização das situações indutoras de stress .....	25
2.4. O género e os factores culturais .....	26
<b>CAPÍTULO 3. A GESTÃO DO <i>STRESS</i> .....</b>	<b>28</b>
3.1. Como lidar com o stress - o coping .....	28
3.2. Estratégias de coping .....	29
3.3. A aprendizagem das estratégias de coping .....	30
3.4. A eficácia das estratégias de coping .....	33
<b>CAPÍTULO 4. <i>STRESS</i> OCUPACIONAL.....</b>	<b>34</b>
4.1. Definição de stress ocupacional.....	35
4.2. Os factores de stress ocupacional .....	36
4.2.1. Aspectos intrínsecos ao trabalho.....	37
4.2.2. Papel desempenhado na organização.....	38
4.2.3. Progressão na carreira .....	38
4.2.4. Relacionamento interpessoal .....	39
4.2.5. Estrutura e clima organizacionais .....	39
4.3. Burnout .....	42
<b>CAPÍTULO 5. O <i>STRESS</i> NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>46</b>
5.1. A especificidade dos profissionais de saúde – o caso dos enfermeiros .....	46
5.2. Os factores desencadeantes do stress nos profissionais de enfermagem .....	51
5.2.1. Trabalho por turnos.....	52
5.2.2. Sobrecarga de trabalho.....	53

5.2.3.	Conteúdo do trabalho.....	54
5.2.4.	Desempenho de papéis na organização .....	54
5.2.5.	Relações interpessoais e grupais.....	56
5.2.6.	Desenvolvimento da carreira .....	58
5.2.7.	Novas tecnologias .....	60
5.2.8.	Aspectos organizacionais.....	60
<b>CAPÍTULO 6. METODOLOGIA.....</b>		<b>63</b>
6.1.	Procedimentos metodológicos .....	63
6.1.1.	Delimitação do problema e objectivos da investigação.....	63
6.1.2.	Metodologia.....	64
6.1.3.	Campo e universo da investigação.....	65
6.1.4.	Amostra da investigação .....	65
6.1.5.	O modelo de análise e instrumento de recolha de dados .....	66
6.2.	Questionário/Escalas.....	66
6.2.1.	Caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra.....	67
6.2.2.	Escala para avaliação do nível de stress .....	68
6.2.3.	Escala para avaliação das situações indutoras de stress .....	68
6.2.4.	Escala para avaliação das estratégias de coping .....	71
6.3.	Procedimentos da recolha e tratamento dos dados .....	74
<b>CAPÍTULO 7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>		<b>75</b>
7.1.	Verificação da amostra .....	75
7.2.	Caracterização sócio-demográfica e profissional .....	77
7.3.	Análise da Escala de Avaliação de Stress Percebido (PSS).....	80
7.4.	Análise da Nursing Stress Scale (NSS) .....	83
7.5.	Análise da Escala de Estratégias de Coping (WCQ) .....	92
7.6.	Análise integrada de escalas .....	97
<b>CONCLUSÕES.....</b>		<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>103</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>		
Anexo 1 – Questionário para a Caracterização Sócio-demográfica e Profissional da Amostra		
Anexo 2 – Escala para Avaliação de <i>Stress</i> Percebido/PSS (Cohen et al, 1983)		
Anexo 3 – Nursing <i>Stress</i> Scale de GRAY TOFT e ANDERSON (1981)		

- Anexo 4 – Escala de estratégias de Coping (Ways of Coping Questionnaire - WCQ),  
(Folkman & Lazarus, 1988)
- Anexo 5 – Pedido formal de autorização para recolha de dados, dirigido ao Conselho de  
Administração do Centro Hospitalar de Coimbra
- Anexo 6 – Caracterização Sócio-demográfica – respostas
- Anexo 7 – Caracterização da Escala para avaliação de *Stress* Percepcionado/PSS –  
respostas
- Anexo 8 – Caracterização da Nursing Stress Scale – respostas
- Anexo 9 – Nursing Stress Scale - classificação por factores
- Anexo 10 – Escala de estratégias de *Coping* (Ways of Coping Questionnaire – WCQ) –  
respostas
- Anexo 11 – Classificação da escala de estratégias de *Coping* (Ways of Coping  
Questionnaire – WCQ) por factores
- Anexo 12 – Escalas – Verificação dos Dados
- Anexo 13 – Questionário Sócio-demográfico – tratamento estatístico
- Anexo 14 – Escala de avaliação de Stress Percepcionado (PSS) – tratamento estatístico
- Anexo 15 – Nursing Stress Scale (NSS) – tratamento estatístico
- Anexo 16 – Escala de Estratégias de *Coping* (WCQ) – tratamento estatístico

## ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

	Pág.
1.1. Fases do Síndrome Geral de Adaptação	18
1.2. Modelo compreensivo de <i>stress</i>	22
2.1. Classes de circunstâncias indutoras de <i>stress</i>	24
3.1. Modelo conceptual do <i>stress</i> e processo de <i>coping</i>	31
4.1. Modelo de <i>Stress</i> Ocupacional	36
4.2. Modelo Geral de <i>Burnout</i>	44
6.1. Operacionalização das situações indutoras de <i>stress</i>	69
6.2. Operacionalização do conceito das sub-escalas de <i>coping</i>	72
7.1. Questionário Sócio-demográfico, PSS, Nursing Stress e de Estratégias de Coping	76
7.2. Descrição da amostra segundo a equipa	77
7.3. Descrição da amostra	79
7.4. Classificação da situação stressante enunciada	97



## INTRODUÇÃO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconheceu, em 1993, o *stress* como um forte inibidor do potencial humano nas organizações, com custos elevados a nível individual e organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1997). Uma estimativa dos custos do *stress* para as entidades empregadoras feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para os Estados Unidos da América, aponta para cerca de 150 biliões de dólares anuais (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Com base nos dados dos Estados Unidos, entre 50% e 75% das idas ao médico decorrem, directa ou indirectamente, de situações relacionadas com o *stress*, correspondendo, segundo a Agencia Europeia para a Segurança no Trabalho, a 60% da totalidade do absentismo nas empresas.

Para a Europa, a nossa realidade próxima, um em cada quatro trabalhadores europeus afirma estar em *stress* e destes, um cada cinco em *burnout* (Kompier e Cooper, 1999).

Em Portugal, o segundo tipo de queixas mais frequentes respeitantes ao trabalho associa-se ao *stress* e ao desgaste (Graça e Kompier, 1999).

De entre as profissões consideradas de maior risco, nomeadamente psicossocial, figuram as da saúde, onde 50% dos profissionais de saúde apresentam altos níveis de *stress* ocupacional (Kortum-Margot, 2002). Contudo, este facto é muitas vezes, ignorado pelos próprios profissionais de saúde que tendem a minimizar os riscos, não só de natureza física e química, como biológica e psicossocial, resultantes das suas condições de trabalho nos hospitais e demais organizações de saúde.

Heim (1992), citado por Vaz Serra (2007: 598), refere que os enfermeiros são a classe de profissionais de saúde que atravessa por situações de *stress* mais intensas. De acordo com o mesmo autor essas situações “são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que tem de prestar continuamente aos utentes, seguidos de conflitos de equipa, sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade”.

Dentro da área da saúde, o estudo da gestão do *stress* a nível organizacional tem sido considerado tanto ou mais importante do que temáticas como a comunicação, motivação e o processo de tomada de decisão.

As instituições de saúde, nomeadamente os hospitais, são organizações complexas, pelo elevado número de profissionais e elevada rotatividade associada ao trabalho por turnos, factores que, intuitivamente, serão causas imediatas não só para a ocorrência de acidentes

de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de *stress* e de fadiga física e mental.

Segundo Farias e Vaitsman (2002) as organizações de saúde são lugares sociais heterogêneos, onde interagem grupos e papéis distintos, com uma dinâmica interna própria que diariamente fomenta identidades, hierarquias, conflitos e alianças.

A enfermagem é, na sua prática, uma profissão de relação com equipas multi e interdisciplinares. Como descreve a Ordem dos Enfermeiros (2003), o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto multiprofissional. Esta especificidade é por si só uma causa geradora de *stress*. Por outro lado, é indubitável que este grupo profissional tem um papel central em termos de serviços de saúde, pelo que qualquer aspecto que possa colocar em causa a qualidade, a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados aos utentes, enquanto grupo/equipa de trabalho e a sua qualidade de vida, em geral, e a saúde em particular são de especial interesse.

Tendo por base todas estas premissas, entendemos que faz todo o sentido que se procure analisar ao nível das Organizações de Saúde, no caso particular das equipas de enfermagem, o nível de *stress*, as situações indutoras de *stress* e as formas que estes grupos profissionais encontram para lidar com essa realidade no seu quotidiano organizacional. Embora sejam, por muitos, reconhecidas, parece-nos que tem sido uma questão um pouco descurada nos estudos de investigação realizados.

Fundamentada a importância do tema, consideramos os seguintes objectivos gerais de pesquisa:

- a) *Identificar o nível de stress existente nos grupos profissionais de enfermagem num serviço de Urgência, Bloco Operatório, Oftalmologia, Pneumologia e Medicina de um Hospital Central da Região Centro;*
- b) *Identificar as situações indutoras de stress nestes grupos de profissionais de enfermagem;*
- c) *Identificar as estratégias utilizadas por estes grupos de profissionais de saúde para lidar com situações de stress;*

E como objectivos específicos:

- a) *Analisar como o nível de stress se relaciona com as características sócio - demográficas e profissionais;*
- b) *Relacionar o nível de stress com as situações indutoras de stress;*
- c) *Analisar como as situações indutoras de stress se relacionam com as*

*características sócio- demográficas e profissionais;*

- d) Analisar como as estratégias adoptadas para lidar com situações de stress se relacionam com as características sócio-demográficas e profissionais;*
- e) Identificar estratégias de gestão de stress.*

O presente estudo foi realizado no Hospital Central da Região Centro, em Coimbra, que deixou de estar integrado no Sector Público Administrativo assumindo-se como Empresa Pública do Estado, segundo o Decreto-Lei n.º 50-A/2007.

O Centro Hospitalar de Coimbra é constituído pelo Hospital Geral (HG), pelo Hospital Pediátrico de Coimbra e pela Maternidade Bissaya Barreto. O Hospital Geral foi fundado em 1973 aproveitando as instalações do antigo Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, tendo nessa data sofrido remodelações. Tem actualmente 381 camas, distribuídas por 17 serviços de internamento, um ambulatório onde são vistos diariamente cerca de 400 utentes em regime de Consulta Externa e mais meia centena nas diversas valências de Hospitalização-de-dia. O Serviço de Urgência atende uma média de 170 utentes por dia.

A proposta de criação da Unidade de Saúde de Coimbra Sul foi aprovada por Despacho de 1995/04/19 e o seu regulamento por Despacho de 1995/08/08.

A Unidade de Saúde de Coimbra Sul (USCS) tem como objectivo melhorar os níveis de Saúde da População servida, procurando dinamizar a articulação funcional entre os Hospitais e Centros de Saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes aos cuidados prestados.

O Hospital Geral tem como área de influência a área da Unidade de Saúde de Coimbra Sul (USCS).

As populações servidas são as dos Concelhos do Sul do Distrito de Coimbra, Baixo Mondego e Nordeste do Distrito de Leiria.

A Unidade de Saúde de Coimbra Sul agrupa ainda o Serviço de Ginecologia da Maternidade Bissaya Barreto e o Hospital Sobral Cid. Enquanto Hospital Central com Urgência Polivalente, o Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra disponibiliza ainda a prestação de cuidados diferenciados aos doentes provenientes dos Hospitais Distritais de Leiria, Pombal e Figueira da Foz.

É neste Hospital Geral que fomos seleccionar a nossa amostra.

Para a sua concretização utilizámos uma amostra aleatória, constituída por enfermeiros que exercem funções nas equipas de trabalho seleccionadas.

Em termos metodológicos, privilegiamos a abordagem quantitativa e, tendo em consideração os objectivos do estudo preconizados enveredámos por um estudo de corte transversal, de carácter descritivo.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um conjunto de instrumentos constituído por quatro partes distintas: Parte I: Questionário para a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros; Parte II: Escala de Avaliação do *Stress* Percebido/PSS (Cohen et al., 1983); Parte III: Nursing Stress Scale (Gray Toft & Anderson, 1981) e Parte IV: Escala de estratégias de Coping/WCQ (Folkman & Lazarus, 1988). O questionário para a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros e as três escalas referidas foram apresentadas e respondidas em simultâneo, durante o segundo trimestre de 2008. (Anexos 1 a 4)

O trabalho tem a seguinte estrutura: no primeiro capítulo é feito o enquadramento conceptual do tema, apresentando-se alguns modelos explicativos do *stress* com especial relevo para o modelo transaccional de Lazarus e de Vaz Serra. No segundo capítulo são analisadas as principais situações indutoras de *stress*, divididas por categorias. O terceiro capítulo é dedicado a gestão do *stress*, onde são referidas as estratégias de *coping*, e a sua eficácia. O *stress* ocupacional e os seus factores são abordados no quarto capítulo. Nestes primeiros quatro capítulos é feita a conceptualização do *stress*. No quinto capítulo é feita a aplicação a um grupo profissional específico, o dos profissionais de enfermagem. Fica assim concluída a parte teórica da dissertação. A parte experimental do trabalho é iniciada pela apresentação da metodologia, no capítulo sexto, a que se segue a apresentação, análise e discussão dos resultados no capítulo sétimo.

Terminamos as conclusões, reunindo os aspectos mais significativos obtidos na fase de investigação. Enquanto trabalho limitado, nos recursos humanos e no tempo, estamos conscientes da dimensão da temática que nos propusemos aflorar. Nesse sentido apresentamos alguns dos eixos dos trabalhos complementares que permitiriam um desenvolvimento mais aprofundado do tema.

## **CAPÍTULO 1. O *STRESS*: ENQUADRAMENTO E CONCEPTUALIZAÇÃO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993), afirma que o *stress* é uma "epidemia global". Vivemos num tempo de enormes exigências de actualização. Somos constantemente confrontados com novas informações e tecnologias. O Ser Humano cada vez mais se vê diante de inúmeras situações às quais precisa de se adaptar, diante de procuras e pressões externas vindas da família, do meio social, do trabalho/escola ou do meio ambiente. Outros factores aos quais procura adaptar-se são, entre outros, as responsabilidades, as obrigações, a autocrítica, as dificuldades psicológicas e fisiológicas. Assim sendo, inevitavelmente, enquanto membros de uma sociedade, família, grupos e de organizações, contactamos com o *stress* diariamente. O *stress* faz parte integrante da vida quotidiana.

No dia-a-dia, o *stress* é algo que paira constantemente, podendo tornar-se num enigma difícil de gerir. Assim, entender o *stress* em todas as suas dimensões, nomeadamente nas suas causas, níveis, processo de desenvolvimento e estratégias de gestão, torna-se uma necessidade para todos os gestores de recursos humanos, e em particular nas equipas prestadoras de cuidados de saúde.

O *stress* é um termo de uso corrente na vida moderna, devido à enorme frequência com que aparece no nosso discurso quotidiano. O mecanismo de *stress*, comum a todas as formas de vida, foi destinado à sobrevivência perante os perigos concretos; o que se verificava aquando das ameaças de animais ferozes, das guerras tribais, das catástrofes do tempo, da busca pelo alimento, da luta pelo espaço vital. Actualmente, apesar dessas ameaças concretas já não existirem, tal como, existiram outrora, o *stress* continua a persistir perante a incapacidade de reagirmos a determinados acontecimentos tais como: a competitividade, as competências profissionais, as competências familiares a sobrevivência económica, as perspectivas futuras e mais uma infinidade de ameaças abstractas e reais. Se na antiguidade tais ameaças eram concretas e facilmente identificáveis afectando directamente a sobrevivência biológica, hoje em dia são difusas e sobrepostas.

Assim sendo, para uma abordagem teórica sobre o *stress*, achamos importante começar por conhecer o percurso histórico deste termo.

*Stress* é uma palavra inglesa que pode ser traduzida na língua portuguesa por “força”, “pressão” ou “sujeitar à tensão”. No entanto, como em muitos outros países, é um termo frequentemente utilizado entre nós sem recurso à tradução directa (Ramos, 2001). Na física, o conceito é utilizado para designar a força exercida por uma parte de um corpo

elástico sobre uma outra parte contígua e encontra-se associado ao de *strain*: a deformação ou alteração na dimensão de um corpo resultante de uma força externa. A elasticidade representa, neste contexto, a propriedade de um corpo que lhe permite readquirir o seu tamanho e forma originais depois de ter sido comprimido ou distendido por uma força exterior (Rosch, 1998). Como sublinha Vaz Serra (2007), a aplicação deste termo à realidade humana é aliciente devido a facilidade de extrapolação dos fenómenos físicos para a explicação dos comportamentos humanos.

### 1.1. **Conceptualização do *stress***

*Stress* é um termo que actualmente se utiliza com frequência, quer nas conversas comuns, como nos meios de comunicação social e no mundo científico tem originado a diversas investigações e tem constituído matéria de ensino em várias universidades (Vaz Serra, 2007).

A utilização persistente e vulgarizada do termo mostra-nos que é um conceito nem sempre bem compreendido, pelo que necessita de alguma definição quando usado num sentido mais restrito. O *stress* não é sinónimo de tensão nervosa ou emocional (embora estas existam nos indivíduos no estado de *stress*), assim como não pode ser entendido só como resultado negativo de uma agressão ao organismo, ou mesmo como qualquer coisa que deve ser evitado sempre que possível, já que o *stress* faz parte dos mecanismos de adaptação do ser humano (Vaz Serra, 2000).

A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação são muito importantes na ocorrência e na gravidade das reacções ao processo de *stress*. O seu desenvolvimento depende tanto da personalidade do indivíduo quanto do estado de saúde em que este se encontra (equilíbrio orgânico e mental), por isso nem todos desenvolvem o mesmo tipo de resposta diante dos mesmos estímulos. Estilo de vida, experiências passadas, atitudes, crenças, valores, doenças e predisposição genética são factores importantes no desenvolvimento do processo de *stress* (Vaz Serra, 2007).

Ramos (2001: 1), refere que “o *stress* é uma invariante da condição humana. De acordo com o seu conceito-relação desajustada com o mundo, na qual sentimos que nos é pedido mais do que temos para dar - o *stress* existiu sempre”.

Ao longo da história tem-se provado que a noção de *stress* não reúne concordância entre os grandes teóricos e mestres da especialidade, encontramos na mais diversa bibliografia, os mais distintos conceitos.

O Dicionário de Psicologia Chaplin, citado por Anunciação (1998: 50) define *stress* como “um estado de tensão física ou psíquica”.

Segundo Hans Selye (1956) citado por Fontaine, Kulbertus e Étienne (1998: 56) o *stress* é “a resposta inespecífica do organismo a qualquer exigência que lhe é feita. Por definição, não pode ser evitado. A completa liberdade em relação ao *stress* é a morte”.

De acordo com Eriksen e Ursin (2006), o *stress* deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa observando-se em todas as espécies que tem cérebro, em todas as culturas humanas, em todas as idades e ambos os géneros. Se o *stress* não fosse adaptativo e necessário, não teria sobrevivido à evolução do ser humano ou seja perdura no tempo e ao longo de várias gerações, tornando-se em condições específicas uma fonte potencial de doença.

Para Cassmeyer (1991), citado por Camacho (1997), o *stress* é uma reacção psicobiológica integrada com componentes psíquicas e fisiológicas a estímulos apreendidos a nível consciente ou inconsciente, como nocivos ou ameaçadores. A sua intensidade depende da duração e intensidade do estímulo, do grau de ameaça sentido e da possibilidade de controlo da situação.

Lazarus e Folkman (1984), citados por Longarito (1996: 30) definem ainda o *stress* como sendo “uma relação especial entre o indivíduo e o ambiente que é apreciada pelo indivíduo como desafiadora ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar”.

Gomes (1992) citando Lazarus (1984) advoga que o *stress*, tal como acontece com a terminologia em Física, sugere a imposição de exigências excessivas sobre o indivíduo, as quais produzem transtornos nos seus sistemas: fisiológico, social e psicológico. Constituem três níveis de *stress* articulados entre si, pondo em destaque o conceito de *stress* psicossocial. Este refere-se à resposta a estímulos externos e internos que estimulam as emoções e provocam as alterações fisiológicas que podem ameaçar a saúde e a sobrevivência.

Leal (1998: 24) fez a distinção entre *hiperstress*, *hipostress*, *eustress* e *distress*. Considera-se que se está numa situação de *hiperstress* quando a nossa capacidade de adaptação é ultrapassada, já quando somos pouco estimulados estamos em *hipostress*. O bom *stress* ou *eustress* (do Grego eu = bom), diz respeito a um *stress* positivo, é tudo o que nos causa prazer; já o *distress* (do Latim dis = mau) ou mau *stress*, refere-se a respostas de *stress* desagradáveis e é conceptualizado como sendo uma tensão interna provocada por um stressor externo. O autor classifica ainda o *stress* como sistémico ou fisiológico, quando relacionado com as perturbações dos sistemas tecidulares; psicológico quando há factores

cognitivos que levam a uma avaliação de ameaça e social quando há perturbação de uma unidade ou sistema social. Quanto ao tempo em que o *stress* ocorre pode ser considerado como agudo ou crónico, o primeiro quando surge é limitado no tempo como por exemplo uma agressão violenta, física ou emocional; o segundo surge repetidas vezes e próximas no tempo.

Actualmente, o conceito de *stress* tem vindo a ser caracterizado a partir de três eixos de referência: como uma resposta fisiológica e psicológica; como uma condição ambiental (externa), sua potencial indutora; e como um estímulo na transacção/interacção entre as exigências do meio, os recursos e as capacidades de resposta, resultante da avaliação que o indivíduo faz acerca das exigências externas e dos recursos necessários para lidarem com elas (Mota-Cardoso; Araújo; Ramos; Gonçalves & Ramos, 2002). Estas três perspectivas reflectem os três principais modelos de *stress*, que iremos abordar de seguida de modo mais pormenorizado.

## 1.2. Os modelos de “causa externa”

No séc. XIX, foram dados os primeiros passos na aplicação do conceito de *stress* à Medicina pelo considerado pioneiro da Biologia Moderna, o fisiologista francês Claude Bernard, ao postular que a estabilidade do meio interno era a condição indispensável à vida livre e independente. Com esta afirmação, Bernard salientava que o meio interno de um organismo vivo deveria permanecer relativamente estável diante das transformações do meio envolvente e que os organismos que se mostrassem mais adaptados para caucionar esta condição seriam também os que teriam melhores hipóteses de continuidade. O que caracterizaria a vida seria a capacidade de adaptação à mudança (Selye, 1982; Mota-Cardoso, 1999; Vaz Serra, 2007).

Na prossecução do estudo das mudanças adaptativas de Claude Bernard, o fisiologista norte-americano Walter Cannon utilizaria em 1914, o termo *homeostasis* referindo-se aos processos fisiológicos coordenados, responsáveis pela manutenção dos estados de equilíbrio do organismo. Cannon nas suas investigações, reconheceria mecanismos particulares de protecção do organismo contra agentes capazes de modificar o seu equilíbrio habitual, e enfatizaria o papel do Sistema Nervoso Simpático no processo autónomo responsável pela inferência de alterações cardiovasculares em situações de dor ou cólera, com o propósito de preparar o organismo para uma resposta de *fight or flight* (fuga ou luta) (Selye, 1982; Vaz Serra, 2007).



É a Hans Selye, médico e investigador nascido em Viena mas cuja actividade profissional se exerceu em Montreal, no Canadá, que se deve a introdução do conceito de *stress*. A partir de 1940, Selye conduziu uma série de experiências laboratoriais nas quais expunha animais a uma grande variedade de estímulos nocivos de natureza física e psicológica, tendo observado sistematicamente o mesmo padrão de respostas fisiológicas independentemente do estímulo agressor utilizado. Concluiu que as alterações orgânicas observadas eram inespecíficas, uma vez que podiam ser evocadas por agentes tão desiguais como o calor, frio, infecções, traumatismos, hemorragias ou irritação nervosa e que, ao surgirem invariavelmente associadas, constituiriam uma síndrome a que chamou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA) (Selye, 1982). Síndrome, porque as manifestações individuais coordenam-se e tornam-se parcialmente dependentes umas das outras; Geral, devido ao facto de ser produzido por agentes que tem um efeito geral no organismo, ou seja, afecta sub-sistemas orgânicos; Adaptação, na medida em que estimula a defesa de modo a ajudar na obtenção e manutenção do estado de equilíbrio, possibilitando a reactivação de defesas que auxiliam na reposição do equilíbrio anteriormente transtornado (Selye, 1984; Vaz Serra, 2007).

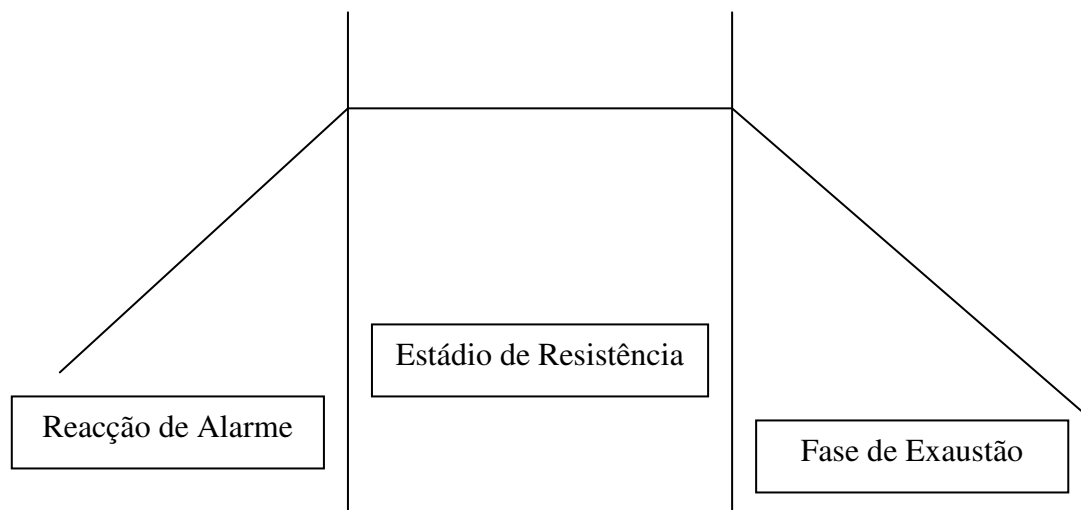
De acordo com Vaz Serra (2007: 3), “o denominador comum destes três autores é que qualquer um deles procurou compreender a resposta do organismo perante as agressões exteriores. Claude Bernard, realçando a importância do desenvolvimento de respostas defensivas, por parte de um organismo vivo, diante uma ameaça. Cannon analisando as respostas de defesa que se organizam, mediadas pelo sistema simpático-medular. Selye estudando de forma específica, neste contexto, a actividade do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal”.

Segundo Selye (1982), o Síndrome Geral de Adaptação constituiria uma reacção fisiológica defensiva do organismo despoletada por um estímulo ameaçador que poderia prolongar-se por três fases distintas caso essa ameaça persistisse. A sequência dessas fases era invariável e envolvia secreções crescentes da glândula pituitária que estimulariam a produção de hormonas pelo córtex supra-renal. Este processo é representado esquematicamente na figura 1.1.

Na etapa inicial do Síndrome Geral de Adaptação, em que o organismo reconhece a presença de uma ameaça, decorre uma reacção de alarme, caracterizada por uma resposta fisiológica de activação, despoletando a acção de mecanismos de defesa “fuga ou luta”. Em termos orgânicos, verifica-se uma activação do eixo simpático medular, também conhecida por activação ergotrópica do organismo, originando um aumento da produção de

adrenalina e de noradrenalina que decorre da activação da medula supra-renal (Selye, 1982, 1984; Vaz Serra, 2007).

**Figura 1.1:** Fases do Síndrome Geral de Adaptação



**Fonte:** Baseado em Selye (1984). *The Stress of Life*. The McGraw-Hill Companies, Inc.

A fase de estágio de resistência ocorre seguidamente, depois da exposição prolongada ao agente stressor, seguindo-se uma tentativa de adaptação. Se houver persistência do estímulo adverso (stressor) e, até, um aumento da sua intensidade, o organismo entra na terceira fase, a fase de exaustão. É neste momento que sucede um esgotamento das energias essenciais para a possível adaptação do organismo, conduzindo às doenças consequentes do *stress*, o que Selye designou por “doenças de adaptação”, como úlceras e pressão arterial elevada (Selye, 1984; Vaz Serra, 2007).

A teoria de Selye descreve as reacções adaptativas do organismo perante situações indutoras de *stress*, tentando demonstrar a forma como determinados agentes de natureza física e psicológica podiam causar “doenças de adaptação” através de um conjunto de respostas fisiológicas inespecíficas (Lazarus & Monat, 1985). Ao descrever os mecanismos bioquímicos da adaptação ao *stress*, o modelo suscitou um enorme interesse pela investigação das relações de *stress* e saúde física de tal forma que, até meados da década de 50, do século passado o conceito de *stress* tinha nomeadamente conotações fisiológicas de natureza hormonal e anatómica (Mikhail, 1981).

Não obstante, se atendermos a interacção complexa dos estímulos em condições extremas e à necessidade de traduzir as suas ocorrências é fácil compreender o quanto o modelo de Selye, desenvolvido como sistémico é comportamental, se mostra insuficiente

apresentando-se como inflexível, redutível e simples. Em suma, o autor perspectiva o *stress* como abrangente de um conjunto de reacções orgânicas, não específicas, e de respostas desencadeadas a essas mesmas exigências mas sem considerar o agente stressor (Selye, 1984; Silva, 2001).

### 1.3. O *stress* como estímulo

Em 1965, é questionada a natureza unitária do *stress*, numa conferência realizada no Luxemburgo, e a aplicabilidade do modelo de Selye começou a ser desafiado na fisiologia e na psicologia (Appley & Trumbull, 1986; Lazarus, 1993; Silva, 2001). Como refere Appley & Trumbull (1986), vários foram os investigadores que aí postularam que nem todos os acontecimentos presumivelmente desencadeadores de *stress* o eram de forma uniforme para todos os indivíduos a eles expostos isto é, diferentes sujeitos reagiam de forma diferente na presença de stressores iguais. Esta realidade levantou, por isso uma questão fulcral que tinha como pressuposto central perceber qual o traço emocional que poderia determinar a susceptibilidade ao *stress* psicológico. Cabe salientar que estas questões surgem numa época pós II Guerra Mundial (Guerras da Coreia e do Vietname), em que se afirmava a necessidade de novos métodos de selecção dos soldados, mais resistentes a este tipo de situações indutoras de *stress* elevado (Solomon, Kubzonsky, Liederman, Mendelson, Trumbull & Wexler, 1961). Ou seja, este contexto despertaria interesse pelo fenómeno de disrupção do comportamento humano em situações de tensão elevada e como diferentes formas de enfrentar o *stress* poderiam determinar diferenças na adaptação do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). A capacidade limitada do organismo para resistir ou tolerar o estado de *stress* seria objecto de estudos laboratoriais através da apresentação e manipulação cautelosas de estímulos indutores de *stress*, enquanto se procedia à procura de um indicador fiável das respostas provocadas. Para estes investigadores o cumprimento destes pressupostos possibilitava a criação e decorrente análise de situações “naturalistas” de *stress* envolvendo seres humanos e recorrendo a indicadores comportamentais da resposta de *stress*. Neste sentido emergem também mais estudos com o objectivo de explorar factores que possivelmente precipitassem reacções de *stress*. Uma das abordagens descritas na conceitualização dos stressores é a perspectiva do *stress* como estímulo, isto é, como sendo uma condição do meio ambiente, percebida como disruptiva e disfuncional. Homes e Rahe (1967), enfatizam os acontecimentos do meio ambiente que são geradores de *stress* no indivíduo, sendo estes acontecimentos tidos como

estímulos ou variáveis independentes que exercem forças no sujeito. Esta perspectiva motiva-nos para a procura das características dos estímulos que os tornam indutores de *stress*.

#### 1.4. O modelo transaccional

De acordo com Conyne & Lazarus (1980) e Lazarus e Folkman (1991), uma terceira concepção perspectiva o *stress* como um processo de interacção ou transacção, com mecanismos de *feedback*. Caracteriza-se, essencialmente, pela existência de trocas constantes entre o indivíduo e o ambiente.

No Modelo Transaccional de Lazarus, o sujeito é visto como tendo um papel activo em todo o processo da ocorrência de *stress*, ou seja, este só ocorre quando o indivíduo avalia consciente ou inconscientemente, que as exigências externas excedem os seus recursos para lidar com elas. Assim, o *stress* é o resultado da avaliação pessoal feita acerca dos acontecimentos (Vaz Serra, 2007). O Modelo Transaccional postula a avaliação cognitiva feita pelo indivíduo. Denuncia um “filtro cognitivo” do *stress*, evidenciando a importância do significado dos acontecimentos. O significado construído pelos indivíduos (percepção), pode levar a activação das respostas de *stress* (Lazarus, 1999).

Lazarus e Averill (1972), referem três fases no processo de avaliação cognitiva: avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação.

A avaliação primária consiste na interpretação de um dado acontecimento e das consequências que ele poderá trazer para o bem-estar do indivíduo, enquanto relevantes ou irrelevantes, prejudiciais ou benéficas (Lazarus e Folkman, 1984). O sujeito procura conhecer o significado do confronto com determinada situação e as consequências que a mesma poderá ter para o seu bem-estar, e envolve-se na elaboração de um plano de acção. É uma avaliação desenvolvida em função do indivíduo.

A avaliação secundária é uma interpretação pessoal do que deve e pode ser feito em determinadas circunstâncias, ou seja, refere-se à procura de respostas por parte do indivíduo para resolver determinada situação. Nesta fase o indivíduo avalia os recursos pessoais e sociais de que dispõem para lidar com os aspectos prejudiciais do acontecimento. Esta avaliação inclui a avaliação da eventual eficácia de estratégias para enfrentar a situação, a probabilidade de uma estratégia específica poder ser aplicada de forma válida e a determinação das consequências implicadas no uso de uma estratégia, no contexto de outras interpretações e exigências internas e/ou externas. Segundo Lazarus e

Folkman (1984), estes processos são característicos das situações indutoras de *stress*, uma vez que os resultados dependem do que se faz, da possibilidade de se fazer algo e do que está em jogo.

Por fim, ocorre a reavaliação que diz respeito a uma nova avaliação da relação entre as exigências criadas pela situação e os recursos e capacidades da resposta do indivíduo, e dela depende a variação da tensão a que está sujeito. Esta etapa do processo cognitivo não é estática, pois, o indivíduo faz um balanço das suas possibilidades, em função dos elementos colhidos (novas informações recebidas do meio, e/ou informações provenientes das suas próprias reacções) acerca do êxito ou fracasso das estratégias que escolheu para lidar com os acontecimentos (Cruz, 2002; Lazarus e Folkman 1984; Vaz Serra, 2007). O processo de reavaliação assume particular importância, pois dele depende a conclusão do indivíduo acerca de estar ou não em *stress*, bem como a selecção de estratégias que adoptará como resposta, e que se ligam intrinsecamente às emoções evocadas no decurso desta etapa.

Em suma, o modelo de Lazarus e Folkman (1991) caracteriza-se por englobar aspectos de ordem relacional (interacção/relação indivíduo-meio), motivacional (avaliação contínua dos objectivos que se traduzem em acções e novos objectivos) e cognitivo (reconhecimento e avaliação das situações). O modelo teve um impacto substancial no estudo da conceptualização do *stress*, que se mantêm até aos dias de hoje, apontando para uma nova perspectiva sobre a resposta ao *stress*: em que o indivíduo já não responde de forma passiva aos estímulos externos mas interage activamente com eles, e esta interacção desenvolve-se no tempo, não é um fenómeno causa-efeito, estático. A dimensão “tempo” surge assim como relevante para o processo de *stress*. A nível teórico, contribuiu de forma considerável para uma melhor compreensão do fenómeno e do papel que as emoções e cognições nele desempenham. Vários estudos surgem no sentido de validar a importância do efeito da avaliação no despoletar da resposta de *stress* (Lazarus e Folkman, 1991).

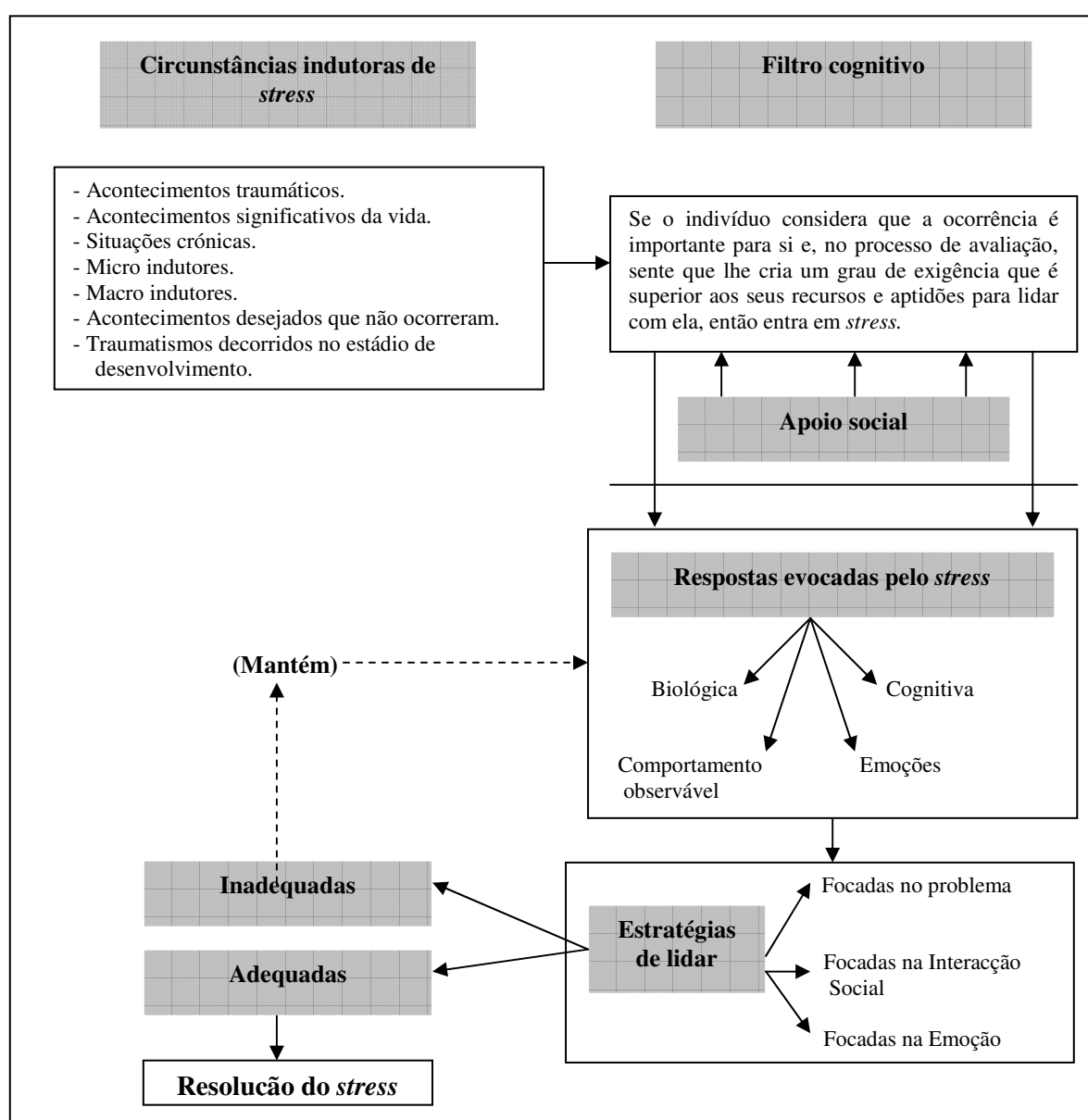
### **1.5. O modelo compreensivo de *stress***

Para o entendimento do processo de *stress* interessa apreciar as circunstâncias que o indivíduo avalia como instigadoras desse estado, o que remete, desde logo, também para o processo de avaliação cognitiva (excessivamente subjectiva) que faz da sua capacidade de controlo dos acontecimentos, prováveis efeitos e recursos de que dispõe e que pode

movimentar. Evidencia-se ainda a importância de aspectos intermediários da veemência do *stress* apreendido, como o apoio social disponível, as várias componentes: fisiológica, comportamental, cognitiva e emocional; da resposta evocada pelo indivíduo, e as estratégias desenvolvidas para lidar com o *stress*, usualmente designadas pelo termo anglo-saxónico *coping*.

Na figura 1.2, Vaz Serra (2007), apresenta esquematicamente uma síntese integradora dos conceitos já enunciados, que constitui também uma ferramenta útil para a compreensão das ligações entre estes e outros aspectos igualmente enfatizados.

**Figura 1.2:** Um modelo compreensivo de *stress*



**Fonte:** Baseado em Vaz Serra (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor, p.43.

## CAPÍTULO 2. SITUAÇÕES INDUTORAS DO *STRESS*

As situações indutoras de *stress* (acontecimentos de natureza física e/ou social) são susceptíveis de se fazerem acompanhar de uma componente psicológica marcada, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo. A repercussão que determinado acontecimento tem sobre o indivíduo depende de três factores importantes: a forma como o indivíduo avalia a situação com que se defronta, a percepção que desenvolve de ter ou não controlo sobre a mesma e o apoio social a que pode ter acesso (Vaz Serra, 2007).

Neste capítulo vamos proceder à sistematização das circunstâncias indutoras do *stress*, designadamente à sua categorização e classificação. A categorização refere-se ao processo de avaliação cognitivo. Na classificação serão enunciadas as causas de natureza psicológica e psicossocial dos eventos. Um dos aspectos peculiares do *stress*, enquanto processo subjectivo, é a sua dependência do género e dos factores culturais do indivíduo.

### 2.1. Circunstâncias que induzem *stress*

*Stress* não se refere apenas aos elementos stressores, mas é a denominação que se dá a todo o processo que desencadeia uma situação indutora de tensão e que acaba com repercussões no organismo. De acordo com a conceptualização clássica de Lazarus e Folkman (1984) considera-se uma situação indutora de *stress* toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos e por isso prejudicando o seu bem-estar. Estas situações podem ser de natureza física, psicológica ou social (Vaz Serra, 2007). Uma situação, em termos absolutos, não é suficiente para definir ou induzir o *stress*, tornando-se necessário conhecer a avaliação cognitiva pessoal das circunstâncias e as aptidões dos recursos disponíveis para explicar a reacção específica de um indivíduo (Lazarus & Averill, 1972). O *stress* pode ser negativo, como as filas de trânsito, ou positivo, como a preparação para um exame e tem como benefício, manter-nos motivados para atingir um determinado objectivo. Este estímulo desencadeia uma resposta involuntária do organismo, que consiste em alterações biológicas a nível metabólico, hormonal, neurofisiológico e endócrino. Estas alterações “injectam” energia no indivíduo para lidar com o estímulo, supostamente através de um mecanismo de luta, ou da fuga. Depois da resposta involuntária inicial, advém a resposta voluntária, podendo ser um comportamento que crie outro factor de *stress*, por exemplo

adiar a solução, ou que aumente os sintomas, tais como sentir rubor, concludentemente ficar mais stressado e principiar taquicardia; ou que reduza o *stress*, através da resolução do problema ou de uma mudança de atitude (Melo, 2008).

A fonte do *stress* ou a causa pode ser externa ou interna. Os agentes externos ou ambientais quando excessivamente fortes podem ser assoladores para o equilíbrio mental enquanto se forem acontecimentos de pequena importância, podem por si só não ser muito significativos, salvo quando vividos simultaneamente. De acordo com Vaz Serra (2007: 18) “as exigências podem ser externas, criadas pela família, o ambiente de trabalho, os problemas económicos ou um conflito específico. Podem igualmente ser internas, devido ao grau de perfeccionismo do indivíduo, a tendência para se culpabilizar, ao medo que tem de julgamentos que possam fazer de si ou ter uma auto-estima pobre que o bloqueia quando precisa de se assumir”.

## 2.2. Classes de circunstâncias indutoras de *stress*

Vaz Serra (1999, 2000, 2007) descreve, em categorias gerais, as grandes classes de acontecimentos que induzem *stress* no ser humano destacando as causas de natureza psicológica e psicossocial, que passamos a transcrever:

**Quadro 2.1:** Classes de circunstâncias indutoras de *stress*

Classes de circunstâncias indutoras de <i>stress</i>
<b>Acontecimentos traumáticos:</b> correspondem a circunstâncias graves como, por exemplo, uma ameaça de morte, espancamento ou ser testemunha de um homicídio; ser vítima de um incêndio, naufrágio ou tremor de terra de grande intensidade.
<b>Acontecimentos significativos da vida:</b> simbolizam uma “martelada” que, de repente, ocorre na vida. São exemplos destes casos situações de separação ou divórcio, a saída de um filho de casa, a morte do cônjuge ou de um familiar chegado.
<b>Situações crónicas indutoras de <i>stress</i>:</b> referem-se a problemas perturbadores que são tão regulares no desempenho dos papéis e das actividades diárias do indivíduo que se comportam como se fossem contínuos. Por exemplo: ter frequentemente tarefas a realizar com um prazo limite, ter demasiado número de solicitações para cumprir ao mesmo tempo, ter conflitos frequentes com o cônjuge, ou com colegas de trabalho. Num sentido figurado correspondem a “um processo lento de envenenamento” que ocorre na vida de um indivíduo.



**Micro indutores de stress:** são pequenos acontecimentos do dia a dia, que induzem *stress*, cumulativamente. Por exemplo: circular diariamente de automóvel em zonas de muito trânsito que façam perder tempo ao indivíduo; estar exposto a fumadores quando se é um não - fumador ou ter vizinhos incomodativos. O seu impacto depende muito da maneira usual de reagir de cada indivíduo.

**Macro indutores de stress:** são devidos a organização e funcionamento do sistema social que podem determinar, por exemplo, períodos económicos de recessão, uma prevalência grande de desemprego, dificuldades para dada indústria ou impostos demasiado elevados.

**Acontecimentos desejados que não ocorrem:** costumam ser designados na literatura anglo-saxónica por *nonevents*. Representam um desejo que tarda a concretizar-se. Por exemplo: o caso de uma rapariga casada há cinco anos que não consegue engravidar; as pazes com um familiar que nunca mais surgem; a promoção justa numa carreira que nunca mais acontece.

▪ **Traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento:** os acontecimentos traumáticos que ocorrem na infância podem ter consequências graves na vida adulta porque o ser humano é apanhado numa fase formativa, com fracas defesas psicológicas e, por isso mesmo, vulnerável. Crianças vítimas de abuso e negligência tendem a desenvolver problemas críticos na vinculação com outras pessoas, déficits de atenção e alterações da activação fisiológica. Tem tendência a desenvolver problemas psiquiátricos graves. Costumam apresentar uma perturbação acentuada na sua capacidade de auto - regulação. Esta dificuldade costuma associar-se ao consumo de drogas ilícitas, a estados crónicos de depressão e ansiedade e a um comportamento impulsivo. A incapacidade de auto - regulação costuma igualmente andar associada à menor tolerância ao *stress*, que leva o indivíduo a sentir os pequenos problemas como “circunstâncias que os esmagam” e a ter tendência para desenvolver comportamentos auto - destrutivos, como lesões induzidas ao próprio, transtornos alimentares e tentativas de suicídio.

**Fonte:** Baseado em Vaz Serra (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor, p.58.

### 2.3. Categorização das situações indutoras de *stress*

A partir da avaliação cognitiva, uma situação indutora de *stress* poderá ser classificada em três categorias distintas: ameaça, dano e desafio, sendo a diferença entre elas de natureza temporal: a ameaça refere-se a uma antecipação de uma situação desprezível que ainda não

aconteceu mas que pode vir a acontecer; o dano diz respeito a uma condição desagradável (como doença, morte, perda de *status* social, entre outros), que já ocorreu e ao seu significado ou as suas consequências; por fim, o desafio caracteriza uma circunstância em que o indivíduo confia na possibilidade de alcançar ou mesmo ultrapassar as dificuldades da exigência estabelecida (Vaz Serra, 1989, 2007).

As situações abarcam características formais que se relacionam estreitamente com estes processos cognitivos. Podemos referir, que uma determinada situação absolutamente nova para o indivíduo será presumivelmente interpretada como ameaçadora, caso o indivíduo percepcione traços nesta nova situação, que evoquem experiências anteriores, menos positivas. Em condições de grande incerteza, poderão estar relacionadas com maior *stress* por via da estimação subjectiva da probabilidade e, desta forma, terem um efeito imobilizador sobre processos antecipatórios para lidar com as situações, provocando confusão mental.

De um modo geral, quanto maior for a ambiguidade de uma situação mais importante será o peso dos factores pessoais na apreciação dessa mesma situação, o que tanto pode contribuir para exacerbar como para minorar as interpretações de ameaça, dano ou desafio (Lazarus, 1999; Folkman, 1984).

#### **2.4. O género e os factores culturais**

Perante o facto dos indivíduos reagirem de maneira diferente aos mesmos agentes stressores, concluí-se que estas diferenças em termos de resposta realçam que o *stress* não reside apenas no meio ambiente. De facto, as situações indutoras de *stress* ocorrem na transacção entre o indivíduo e as características do meio. Assim sendo, e como afirma Larsen (2000), são os processos pessoais, determinados pela aculturação, pelas experiências anteriores, pelo género, entre outras, que frequentemente moderam esta transacção e determinam o carácter stressante de um acontecimento.

Uma variável que é habitualmente considerada como tendo um efeito directo no nível de *stress* experienciado é o género. Recentemente, foi sugerida a existência de dimorfismo sexual nas respostas biológicas e comportamentais ao *stress*. Diversos estudos orientados para esta questão apontam para diferenças entre homens e mulheres nas suas respostas biológicas (neuroendócrinas e imunológicas) e comportamentais (Taylor, Klein, Lewis et al. 2000). Vaz Serra (2007), realça este dimorfismo, afirmando que as mulheres e os homens são diferentes na sua sensibilidade perante os acontecimentos indutores de *stress*.

A diferença quanto ao género é mais profunda, e reside na própria natureza dos agentes stressores. Num estudo realizado por Kendler, Thornton e Prescott (2001), as mulheres mencionaram acontecimentos de vida indutores de *stress* mais de natureza interpessoal enquanto que os homens referiram mais acontecimentos de natureza legal e relacionados com o trabalho.

Em suma, uma circunstância indutora de *stress* para um dado indivíduo não o é necessariamente para outro. As circunstâncias indutoras de *stress* não variam só de indivíduo para indivíduo, pois no mesmo ser humano, o que é susceptível de constituir uma ocorrência de *stress* em dada altura da vida, pode não o ser noutra etapa diferente.

A natureza dinâmica do processo de *stress* é representada pelos diferentes significados que o indivíduo atribui a determinada situação, conjugado com o seu passado cultural, o ambiente social e familiar, o seu desenvolvimento pessoal, fruto das experiências vivenciadas e que formam a personalidade do indivíduo (Vaz Serra, 2007).

Todo e qualquer grupo étnico e cultural vive organizado, com estruturas sociais, políticas, económicas e religiosas que lhe são características. A cultura, ao determinar a forma pela qual o indivíduo apreende e concebe o meio ambiente, influencia amplamente as situações que são percebidas como fonte de conflitos/*stress*, os comportamentos socialmente esperados, a psicopatologia que poderá eventualmente surgir e os recursos que lhe estão ligados (Vaz Serra, 2007).

Cecil Helman (2000), postula que os factores culturais representam um papel complexo na resposta de um indivíduo ao *stress*. O papel pode ser protector ou patogénico. Todavia ajuda a delinear a forma da resposta ao *stress*.

Segundo a mesma autora, os valores culturais de um grupo podem proteger contra o *stress* quando, por exemplo, valorizam a coesão social e familiar, e o apoio mútuo que proporciona a que o indivíduo lide melhor com as contrariedades da vida.

A mesma autora enuncia uma atribuição implícita de objectivos, pela sociedade: em cada sociedade o indivíduo tenta alcançar os objectivos que lhe são definidos e os níveis de prestígio e padrões de comportamento que o grupo cultural a que pertence espera dos seus membros. O facto do indivíduo não conseguir atingir estes objectivos, mesmo que pareçam ilógicos para os membros de outra sociedade, pode causar frustração, ansiedade ou depressão.

Vaz Serra (2007: 19) refere que “o que nos advém da experiência humana é que ninguém está livre de *stress*. É inerente à espécie humana e a outras espécies e só deixa de existir quando o indivíduo morre. É um evento com que se tem de aprender a conviver”.

## CAPÍTULO 3. A GESTÃO DO *STRESS*

A gestão do *stress* é na generalidade, vista como um processo do indivíduo, em que ele enumera os seus recursos pessoais de *coping*, na tentativa de resolução do *stress*. Nesta perspectiva, vamos abordar os mecanismos de aprendizagem de estratégias individuais de *coping*, evoluindo para os factores pessoais e sociais relevantes. Há uma dimensão aparentemente pouco desenvolvida, e que se refere à gestão do *stress* pela equipa em que o indivíduo se encontra inserido. No caso dos profissionais de enfermagem, podem ser enunciadas situações/circunstâncias, em equipa, para as quais é necessária a intervenção, também em equipa. Um caso clássico é o de uma complicação no decorrer de uma intervenção cirúrgica, fazendo aumentar os níveis de *stress* de toda a equipa, exigindo a sua “gestão” imediata. Tradicionalmente, o papel de “gestor” do *stress* compete ao chefe de equipa, sendo por vezes substituído por um outro elemento da equipa. A intervenção do chefe tem a vantagem de “desculpabilizar” a equipa perante uma eventual falha de processo. A intervenção do “distressor de serviço” visa “provocar” uma resposta do chefe, no mesmo sentido. Este aspecto, de vivência diária, é pouco abordado pela literatura de referência.

### 3.1. Como lidar com o *stress* - o *coping*

*Coping* é um termo comumente usado na literatura científica anglo-saxónica que não tem tradução fácil para a língua portuguesa. Por este motivo, utilizaremos o conceito *coping* sempre que nos referirmos a estratégias para lidar com o *stress*. De um modo geral, o termo *coping* designa as estratégias que são utilizadas pelo indivíduo para lidar com ocorrências indutoras de *stress* (Vaz Serra, 2007).

Lazarus e Folkman (1984), descrevem *coping*, no contexto do modelo transaccional do *stress*, como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, em permanente transformação, que o indivíduo realiza para lidar com as exigências específicas externas ou internas que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos. Lazarus (1999: 111), remata esta definição com outra mais simples: “*coping* é todo o esforço levado a cabo para lidar com o *stress* psicológico”.

De acordo com White (1985), citado por Vaz Serra (2007), refere que se fala de estratégias de *coping* quando uma alteração drástica ou um problema afronta o modo usual do

indivíduo se comportar, requerendo a criação de um comportamento novo e originando com frequência emoções desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha o desgosto e o alívio. Snyder e Dinoff (1999), referem que a eficácia das estratégias de *coping* se avalia pela possibilidade que o indivíduo tem em reduzir de imediato a perturbação sentida bem como em evitar, em termos futuros, o prejuízo do seu bem-estar e estado de saúde. Segundo Vaz Serra (2007: 436), “ (...) quanto maior é o número de recursos menos relevante e perturbadora se torna dada situação”.

### 3.2. Estratégias de *coping*

As estratégias de *coping* são compreendidas como um factor mediador entre os efeitos que os acontecimentos sociais podem exercer sobre o indivíduo (Pearlin & Schooler, 1978; Meichenbaum & Turk, 1982; Lazarus, 1999). Assim sendo, vários autores como Vaz Serra (2007), Lazarus e Folkman (1984,1985), fazem a distinção entre dois tipos de estratégias de *coping* em função da sua finalidade, a resolução de problemas ou o controlo das emoções que acompanham esse problema. No primeiro caso, o indivíduo dirige os seus esforços para resolver a situação que lhe induziu *stress*, podendo elaborar um plano de acção de modo a enfrentar e resolver a situação (*coping* proactivo), ou reagir imediatamente ao stressor através de estratégias simples, como técnicas de relaxamento (*coping* combativo). Na segunda situação, o indivíduo tenta reduzir o estado de tensão emocional que lhe foi causado interiormente, podendo optar por procurar apoio junto de outros indivíduos; ou fugir à situação distraíndo-se com outras actividades; ou então reagir directamente sobre a emoção, recorrendo a comportamentos tais como o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas, de calmantes ou à prática de relaxamento ou exercício físico (Lazarus e Folkman, 1991; DeLongis & Preece, 2000).

De acordo com alguns autores, as estratégias dirigidas ao controlo das emoções são mais frequentes quando a avaliação cognitiva conclui que não há nada a fazer que possa alterar as condições danosas, intimidadoras ou desafiantes da situação; estas estratégias são habitualmente denominadas por mecanismos redutores dos estados de tensão. Desta forma, as estratégias centradas no problema aparecem com maior probabilidade na situação inversa, ou seja, quando a avaliação aprova a mudança, ou por outras palavras, quando o indivíduo avalia a situação como controlável e resolúvel. (Vaz Serra, 2007).

DeLongis e Newth (1998), sugerem uma nova dimensão, a aditar às duas anteriores, que denominam por interpessoal e se refere ao modo como o indivíduo lida e mantém o relacionamento social com os outros em situações de *stress*.

Segundo DeLongis & Preece (2000), ultimamente tem sido alvo de atenção a forma como os indivíduos se esforçam para manter relações sociais significativas durante períodos de *stress*. Defende-se assim, que este tipo de *coping* promove o suporte e otimiza o compromisso, mas nem todas as tentativas de gestão de relações durante momentos de *stress* resultam positivamente.

Kramer (1993) citado por Vaz Serra (2007), demonstrou que os indivíduos que ministram cuidados a terceiros e que são capazes de ser genuinamente empáticos, desenvolvem com mais destreza planos de acção para a resolução de problemas, do que aqueles que não se mostram empáticos.

Perez e Reicherts (1992) citado por Martins (2001), reconhecem seis dimensões subjectivas que, perante acontecimentos potencialmente stressores, influenciam a formação de significados. Estas dimensões incluem: a valência, relevância e gravidade atribuída ao acontecimento; a controlabilidade, reconhecimento das capacidades pessoais para fazer face à situação; a modificabilidade, crença de que a situação acabara por se modificar; a ambiguidade, incerteza despoletada pela ocorrência; a recorrência, probabilidade de nova ocorrência e a familiaridade, experiência prévia. De todas as dimensões atrás enumeradas a controlabilidade tem recebido mais atenção por parte de investigadores, associando-se quer a conceitos de previsibilidade e estabilidade dos acontecimentos e de recursos pessoais, quer ao sentido de competência, quer ao grau de ajustamento ao contexto envolvente.

### 3.3. A aprendizagem das estratégias de *coping*

Dentro dos factores que dominam a aprendizagem das estratégias para lidar com o *stress*, pode distinguir-se a influência dos progenitores ou figuras significativas ao longo do desenvolvimento. Na perspectiva dos mecanismos de aprendizagem vicariante<sup>1</sup>, o indivíduo aprende as estratégias que observa serem utilizadas por indivíduos significativos do seu meio ambiente, sendo os seus ascendentes considerados os modelos mais relevantes (Meichenbaum & Turk, 1982; Bandura, 1986). A família, por outro lado, é frequentemente

---

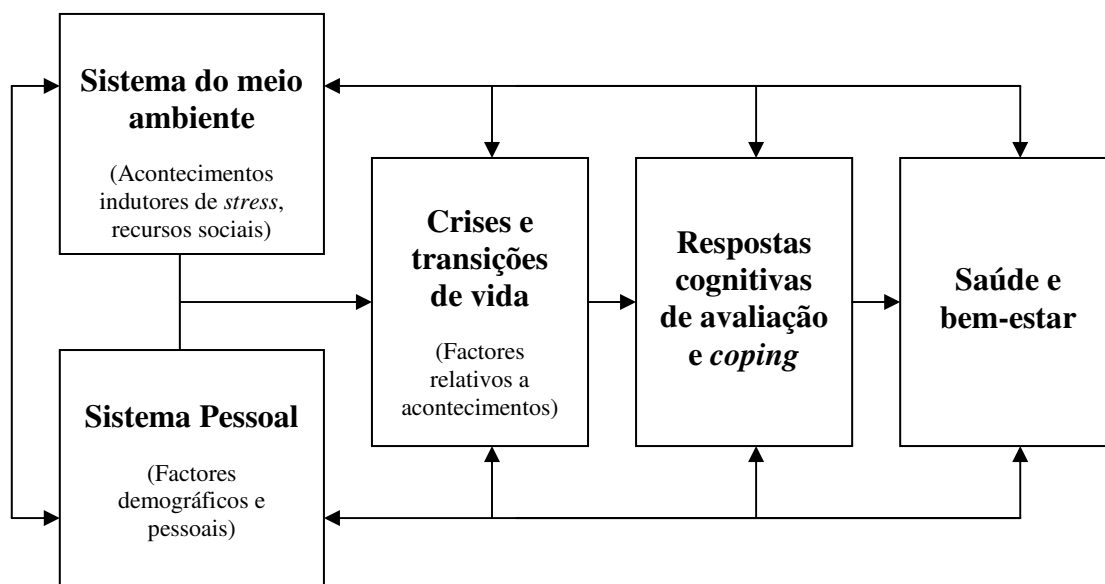
<sup>1</sup> O conceito vicariante refere-se à aprendizagem, ou mais propriamente à aprendizagem baseada na observação do comportamento de um indivíduo considerado como uma referência. Etimologicamente, vicariante apela a Vigário, embora o conceito se aplique a entidades de referência, tais como o pai, o professor, o chefe ou ídolo.

o contexto preferencial de transmissão de crenças e valores, assimiladas pelo indivíduo de forma implícita ou explícita e que lhe vão criando esquemas de auto-regulação (Vaz Serra, 2007). As eventuais deficiências de formação em contexto familiar poderão reduzir os “instrumentos” de gestão do *stress* no indivíduo.

Relativamente à componente bio-fisiológica do *coping*, verifica-se que, posteriormente à confrontação com uma situação de ameaça, surgem uma sucessão de respostas neuroendócrinas que se organizam de acordo com dois tipos: as de carácter simpático ou supra-renal, com a libertação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e as de natureza hipofisiária-suprarrenal, causando a libertação de corticoesteróides (Frankenhauser et al., 1980). Estas respostas correspondem ao que foi primitivamente escrito por Cannon como resposta de “luta ou fuga”, sendo uma forma de *coping* ou confronto perante a situação (Cannon, 1953; citado por Selye, 1984).

Na Figura 3.1, apresentamos o modelo conceptual do *stress* e processos de *coping* de Moos e Schaefer (1993), que afigura o papel e acção de vários factores importantes para os processos de *stress* e *coping*. Assim sendo, podemos observar que este modelo espelha uma expansão do Modelo Transaccional de Lazarus apresentado no primeiro capítulo.

**Figura 3.1:** Modelo conceptual do *stress* e processo de *coping*



**Fonte:** Adaptado de Moos e Schaefer (1993). Moos, R.H. & Schaefer, J.A. *Coping resources and processes: current concepts and measures*. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress-theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, pp.234-257.

De acordo com Moos e Schaefer (1993), as respostas perante situações de *stress* podem ser entendidas considerando cinco aspectos distintos, ilustrados na figura anterior. Consideram-se as circunstâncias de vida indutoras de *stress* e os recursos sociais que o indivíduo tem, relativos à sua saúde física, recursos económicos e relações sociais. A saúde física é aqui incluída porque esta concede ao indivíduo a capacidade de actuação social. Depois, seguem-se os aspectos sócio-demográficos, nos quais se abarcam os recursos pessoais de *coping* como: autoconfiança, aspirações pessoais, aptidões de resolução de problemas e experiência acumulada ao lidar com possíveis crises anteriores. Os recursos pessoais são muito relevantes neste processo, pois o modo como o indivíduo lida com o *stress* depende não só das estratégias de *coping*, como também dos recursos disponíveis. Moos e Schaefer (1993: 234), narram que os recursos dizem respeito “aos factores pessoais e sociais, relativamente estáveis, que influenciam a forma como os indivíduos tentam lidar com as transições e as crises da vida”; as estratégias de *coping* referem-se “aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de *stress*”. Snyder e Dinoff (1999) parafraseiam que há dimensões relevantes da personalidade ao longo das quais o indivíduo pode ser avaliado e classificado, sendo essa informação fundamental para compreender as estratégias de *coping* que posteriormente se exteriorizam. Reportam-se depois as crises e transições de vida, influenciadas pelos aspectos ambientais e pessoais que as antecipam, e que vão ajustar a avaliação cognitiva da situação e as respostas de *coping* preferidas e se repercutirão também na saúde e bem estar geral do indivíduo. Para Moos e Schaefer (1993), a orientação das setas indica que todos os processos assinalados são transaccionais, ou seja, em qualquer um dos estádios pode ocorrer feedback recíproco. De acordo com os autores assinalados anteriormente, os recursos de *coping* são concebidos como sendo os factores pessoais e sociais que influenciam o modo como os indivíduos enveredam por experiências (processos de *coping*) que visam lidar com as transições/crises de vida. Estes autores apontam, também, três categorias dos processos de *coping*: aproximação cognitiva, que inclui estratégias de análise lógica e de reavaliação positiva; aproximação comportamental, integrando estratégias de procura de orientação e de suporte, assim como a elaboração de um plano de acção; evitamento cognitivo, que compreende uma recusa do indivíduo em se preocupar com o problema ou a aceitação resignada da situação.



### 3.4. A eficácia das estratégias de *coping*

Idealmente, uma ou mais estratégias de gestão de *stress* (*coping*) resolveriam o *stress*. Esta resolução poderia ser por eliminação da fonte de *stress*, ou por adaptação, com sucesso, ao “agente” stressor. Nesta situação a estratégia ou estratégias seriam eficazes na eliminação do *stress*. Mas, na prática, é de esperar que as estratégias o reduzam, no todo ou em parte, e que o resultado final possa ser algo intermédio, diferente do estado inicial.

A eficácia de uma estratégia de *coping* é determinada pelos seus resultados no âmbito de uma situação específica; a utilidade de qualquer padrão de *coping* varia com o tipo de transacção de *stress* que se esteja a verificar e com todas as variáveis individuais e situacionais em causa. Estratégias adaptativas num determinado contexto podem revelar-se prejudiciais noutro (Folkman, Moskowitz, Ozer & Park, 1997; Lazarus, 1999), ou seja a eficácia das estratégias de *coping*, dependerá das características do indivíduo, tipo de ameaça percebida (situação), estágio da transacção de *stress* e do bem – estar subjectivo, actuação social ou saúde.

O *coping* é um construto complexo, possui várias dimensões e o seu estudo tem sido feito em diferentes contextos, pelo que não é possível estabelecer critérios universais válidos para determinado contexto, paradigma ou meio sócio – cultural, pois a sua avaliação está muito dependente do contexto e interacção específicos de cada indivíduo (Zeidner & Endler, 1996).

## CAPÍTULO 4. *STRESS* OCUPACIONAL

A coexistência com elevados níveis de *stress* é uma das características das sociedades mais industrializadas, e é considerado um problema social e de saúde pública do século XXI. A União Europeia fez da prevenção do *stress* no trabalho, para o período de 2002 a 2006, um dos principais objectivos da Comissão Europeia no que se refere à nova visão estratégica comunitária sobre a saúde e segurança (Comissão Europeia, 2002). De acordo com os dados de 2000, na União Europeia o fenómeno do *stress* ocupacional encontra-se no segundo lugar entre os problemas de saúde mais habituais, no contexto da saúde ocupacional, afectando 28% dos trabalhadores da União Europeia (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2001). As principais causas de morte, doenças e ataques de coração, cancro e acidentes, têm sido associadas a estilos de vida de *stress* e a respostas de *coping* desapropriadas (Rosch e Pelletier, 1987). Nos anos de 1981-1982 nos Estados Unidos da América (EUA), os processos judiciais relativos ao *stress* representaram 11% do total de queixas interpostas por trabalhadores relativas as doenças profissionais (Ganster, 1995). Os custos, numa perspectiva quantitativa, vão desde quebras na produção, causados pelo desgaste da capacidade produtiva dos trabalhadores, custos relacionados com a saúde e medicina ocupacional, para a reparação e reabilitação dos recursos humanos e seguros, gastos com a formação para a restituição e inserção de novos trabalhadores, greves e absentismo. O *stress* ocupacional implica, juntamente com outras das suas consequências, e segundo as estatísticas de 1999, custos anuais aos Estados-membros de pelo menos 20 mil milhões de euros (Eurostat, 2002). Em Portugal, o custo dos acidentes de trabalho em 1994 foi avaliado em 3 mil milhões de euros; a segurança social gastou cerca de 30 milhões de euros em subsídios e pensões em doenças profissionais e o Instituto de Seguros de Portugal mais de 275 milhões de euros. Segundo o IDICT (1997), na ausência das estatísticas parcelares, a maior parte dessa despesa deve-se ao *stress* no trabalho. Numa óptica qualitativa podem-se numerar alguns factores que também são responsáveis pelos custos a médio e longo prazo, como a presença de um clima de trabalho causador de descontentamento organizacional, estimulando *turnover* ou seja, rotatividade no posto de trabalho<sup>2</sup>, bem como a formação de uma imagem negativa da empresa enquanto entidade empregadora não desejável como fim para novos talentos e

---

<sup>2</sup> A rotatividade no posto de trabalho só é possível em economias do tipo anglo-saxónicas, em que as ofertas de emprego e as possibilidades de mudança são estimuladas. Nas economias mediterrânicas e, no caso Português, num contexto de grande desemprego, esta rotatividade assume uma natureza condicional: “mudaria hoje, se houvesse outro emprego”.

incapaz de manter os seus melhores trabalhadores. Já para não falar dos investimentos essenciais, em formação como em intervenções de carácter reabilitador, devido às tensões e aos conflitos gerados, tanto a nível intragrupal como a nível intergrupar.

O *stress* ocupacional é, actualmente, um problema de saúde pública, como foi referido anteriormente, responsável por custos directos e indirectos notáveis. Atendendo ao impacto crescente do *stress* na saúde, qualidade de vida, e economia em geral, torna-se impreterível intervir na sua gestão.

#### **4.1. Definição de *stress* ocupacional**

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconheceu, em 1993, o *stress* como um forte inibidor do potencial humano nas organizações, com custos elevados a nível individual e organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1997). Esta percepção ocasionou a noção de *stress* ocupacional que, segundo Vaz Serra (2007), resulta da interacção que se estabelece entre as características do trabalhador, do tipo de trabalho e da organização.

Alguns autores definem *stress* ocupacional como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho (Laville e Teiger, 1975; Dejours, 1987).

Segundo Ross e Altmaier (1994: 12), entende-se o *stress* ocupacional como “a interacção das condições do trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências do trabalho ultrapassam a capacidade do trabalhador lidar com elas”. Siegrist (1996) acrescentou ainda, que o *stress* ocupacional resulta da insatisfação por parte dos indivíduos quando reconhecem que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional, quando este não vai de encontro aos seus valores, ou quando percebem que o seu esforço não foi adequadamente recompensado. Este último aspecto, a recompensa adequada, é de particular importância nas equipas de trabalho, e faz apelo à noção de equidade e justiça. Compete ao gestor de equipa recompensar adequadamente, garantindo que o seu julgamento corresponde à percepção de justiça, feita por cada um dos membros da equipa.

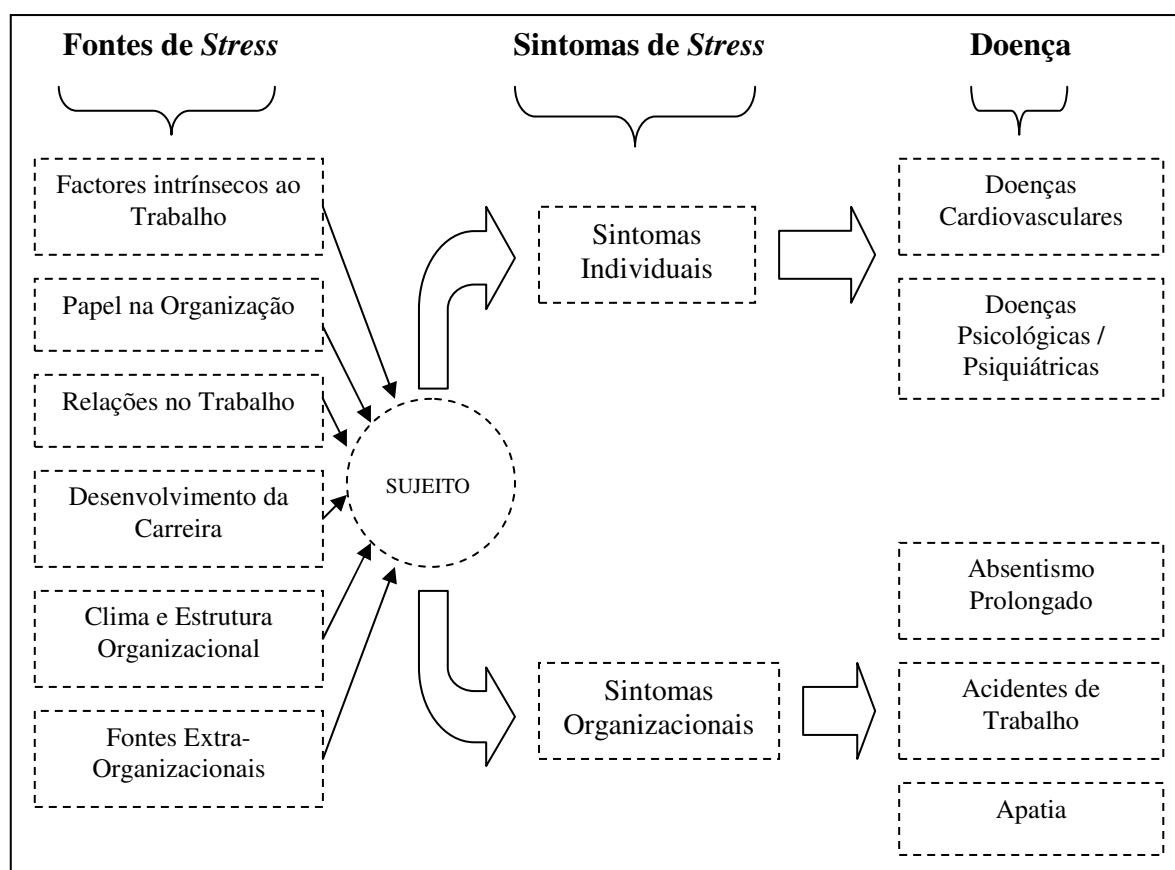
Quando as exigências do trabalho são percebidas pelo indivíduo como superiores aos recursos que este tem para lidar com elas, surgirá o *stress*, que pode conduzir sobretudo a desmotivação, absentismo, angústia, baixo desempenho e quebra de produtividade. O

*stress* será tanto maior quanto mais elevada for a discrepância e o desequilíbrio entre a percepção dos indivíduos e as características objectivas do ambiente de trabalho (Vaz Serra, 2007).

#### 4.2. Os factores de *stress* ocupacional

O conceito de *stress* ocupacional contempla não só factores específicos da ocupação, mas também os factores relacionados com o indivíduo (Cartwright, Cooper e Murphy, 1995; Hespanhol, 2005; Vaz Serra, 2007). O modelo conceptualizado por Cooper e Marshall (1982) permite a identificação das suas principais fontes e dos seus efeitos, quer para o indivíduo, quer para a organização em si (figura 4.1).

**Figura 4.1:** Modelo de *Stress* Ocupacional Cooper e Marshall (1982)



**Fonte:** Baseado em Greenberg, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*. WCB Publishers, Iowa, pp. 224.

A adaptação do indivíduo à sua ocupação reporta-se não só às tarefas que tem de realizar mas também ao relacionamento com os outros, tanto com os seus pares como com os seus superiores hierárquicos ou os clientes. A adaptação depende de vários factores, sendo um deles a sua personalidade, que decide como reage diante dos acontecimentos e perante os outros (Vaz Serra, 2007). Assim, para além do tipo de personalidade, considerando a sua individualidade (padrões de comportamento, competências, motivações e interesses pessoais e familiares), o indivíduo é influenciado pelas características da sua ocupação, como por exemplo tipologia e número de tarefas que tem de desempenhar e circunstâncias em que são realizadas, quer pela estrutura organizacional (normas e supervisão), quer pelas relações dentro (colegas) e fora (forma como as exigências ocupacionais interferem com a família ou interesses pessoais) desse ambiente ocupacional, quer pelas expectativas que constrói em relação à carreira bem como ao futuro, estabilidade e ambição (Cooper e Marshall, 1982; Greenberg, 1987; Lundberg, 2000; Vaz Serra, 2007).

Como tivemos oportunidade de observar na figura 4. 1., Cooper (1991) perspectiva o *stress* ocupacional em três dimensões: as suas causas (factores intrínsecos ao trabalho; papel na organização; relações no trabalho; desenvolvimento da carreira; clima e estrutura organizacional; fontes extra-organizacionais), os moderadores da resposta de *stress* (sintomas individuais e organizacionais) e as manifestações de *stress* (doenças cardiovasculares; doenças psicológicas/psiquiátricas; absentismo prolongado; acidentes de trabalho; apatia). De seguida iremos analisar cada um destes aspectos de forma mais pormenorizada.

#### **4.2.1. Aspectos intrínsecos ao trabalho**

Os aspectos intrínsecos ao trabalho abarcam as condições físicas do trabalho e as características específicas das tarefas a desempenhar. No que respeita às condições físicas do trabalho, consideramos importantes aspectos como a iluminação, a temperatura e ventilação, o ruído e o espaço. No que respeita às características das tarefas, referimos a sobrecarga quantitativa (está relacionada com a falta de tempo para realizar as tarefas) ou qualitativa (quando o indivíduo não possui os conhecimentos e as competências adequadas para cumprir determinada tarefa) de trabalho e de horas (horários de trabalho alargados), à monotonia das tarefas (trabalho repetitivo), ao trabalho por turnos, a exposição a riscos, a meios e recursos de trabalho (novas tecnologias), a responsabilidade por vidas, e a viagens e deslocações (Cartwright e Cooper, 1997; Hespanhol, 2005; Ramos, 2001).

#### **4.2.2. Papel desempenhado na organização**

As organizações, enquanto unidades sociais, são constituídas por indivíduos que estabelecem relações entre si, distribuindo-se por grupos formais dentro da organização respeitando normas que definem essas relações. Assim sendo, o conceito de papel arroga particular relevância para compreender o funcionamento social das organizações (Ramos, 2001). Em concordância com Robbins (1998) citado por Ramos (2001), “o papel define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização”.

De acordo com o papel desempenhado na organização, há que dar relevância a três factores, nomeadamente ao conflito de papéis, à ambiguidade de papéis e ao grau de responsabilidade envolvido (Ramos, 2001). O conflito de papéis acontece quando o indivíduo se vê confrontado com expectativas divergentes sobre o seu papel (Robbins, 1998). A ambiguidade de papéis, alude à falta de clareza sobre as tarefas do trabalho a realizar (Hespanhol, 2005), o que faz com que o indivíduo ao desempenhar o seu papel na organização “não tenha uma correcta representação dos objectivos do seu trabalho, das expectativas dos seus colegas em relação a ele ou das suas responsabilidades” (Jex, 1998; Cartwright e Cooper, 1997 citado por Ramos, 2001: 83). Por último, o grau de responsabilidade envolvido, refere-se “à liberdade de acção e à autonomia dos empregados nas suas tomadas de decisão, os quais podem ser responsáveis por instalações, equipamentos ou pessoas” (Hespanhol, 2005: 157). Segundo McIntyre (1994: 195), o que é mais problemático a este nível é a “existência de responsabilidades pouco definidas ou ambíguas”, o que leva o indivíduo a uma maior experiência de *stress*. De acordo com Ramos (2001), a responsabilidade pelos indivíduos e pela sua segurança é sem dúvida uma das principais fontes organizacionais de *stress*.

#### **4.2.3. Progressão na carreira**

A carreira define-se como a sucessão de experiências de trabalho/tarefas de um indivíduo no decorrer da sua vida (Robbins, 1998). Dada a sua importância para os indivíduos e organizações, a carreira profissional causa variadas situações indutoras de *stress* provocadas também pela incerteza, mudança e flexibilidade do mundo do trabalho.

Para Ramos (2001: 102), “a progressão na carreira é um dos factores mais valorizados por quem trabalha, traduzindo-se habitualmente em promoções que sinalizam a ascensão do

indivíduo no seu trabalho e lhe garantem maiores rendimentos e benefícios, melhor estatuto e mais prestígio”.

As fontes de *stress* relacionadas com a progressão na carreira tem sido analisadas a partir da sobre ou sub-promoção, da incongruência do estatuto, da carência de segurança no trabalho e da ambição frustrada (Sutherland e Cooper, 1993). Cartwright e colaboradores (1995), aconselharam a implementação de sistemas de avaliação objectivos e acessíveis aos trabalhadores, mais oportunidades de formação e aconselhamento, de modo a aumentar os níveis de satisfação com o trabalho, assim como os níveis de rendimento e produtividade.

#### **4.2.4. Relacionamento interpessoal**

As relações interpessoais, podem despoletar o *stress* no local de trabalho ou fora dele devido ao facto dos indivíduos assumirem comportamentos diferentes perante a mesma situação. De facto, e segundo Ramos (2001: 96), “a diferença em si não é problemática, revelando-se até um valioso catalizador do desenvolvimento pessoal; no entanto, por vezes as diferentes características dos indivíduos dificultam o relacionamento interpessoal, convertendo-o em adversidade e constrangimento que originam a incómodos, ansiedades, insatisfações e mal-estares”. De acordo com Vaz Serra (2007), as relações interpessoais dentro de uma empresa estabelecidas com superiores, subordinados e colegas de trabalho tanto podem funcionar como uma fonte de apoio e ajuda no trabalho, como podem constituir uma fonte potencial de pressão e *stress*, diminuindo o grau de satisfação, a motivação para o trabalho e a sua própria execução. A este propósito Cooper e Payne (1990), mencionaram que quanto melhores forem este tipo de relações, maiores serão os comportamentos de amizade, confiança mútua e respeito. Aprender a viver com os outros é um dos aspectos da vida de cada indivíduo que mais *stress* causa (Selye, 1980).

#### **4.2.5. Estrutura e clima organizacionais**

Segundo Friedman e Neville (1970), uma organização é definida como uma unidade social conscientemente coordenada, constituída por indivíduos que estabelecem relações entre si, e que conduz a sua actividade para a aquisição de determinados objectivos. Na organização encontra-se o espaço destinado ao trabalho, com os instrumentos e tecnologias a ele

projectados, e os indivíduos com quem se convive diariamente no desempenho das tarefas e na realização do trabalho.

Esta categoria de fontes de *stress* ocupacional engloba a falta de participação no processo de tomada de decisões, de redes de comunicação efectivas, penalizações injustificadas, políticas de organização e estilos de liderança (Hespanhol, 2005). Segundo Cartwright et al. (1995), dificuldades encontradas a nível da gestão organizacional tendem a gerar efeitos negativos no trabalho, estimulando ambientes ambíguos e inconsistentes. De forma a ultrapassar este tipo de situações, tem surgido várias propostas interventivas de modo a otimizar a participação dos indivíduos nas tomadas de decisão, envolvendo ainda grupos de trabalho autónomos, o que a curto-médio prazo se repercute sobre os sentimentos que cada trabalhador desenvolve em termos de percepção de controlo e pertença na organização (Sutherland & Cooper, 1993).

Assim sendo, estas fontes de *stress* extra-organizacionais funcionam numa espiral de feedback, de forma que os problemas extra-trabalho lesam o rendimento do indivíduo, o que por sua vez vai ter implicações no modo como o mesmo lida com esses mesmos problemas (Cooper & Marshall, 1982).

Hespanhol (2005: 159), refere que “a resposta individual ao *stress* depende de uma rede complexa de aspectos”, cujos efeitos se podem manifestar quer ao nível individual, quer ao nível organizacional. No que diz respeito aos efeitos individuais do *stress* ocupacional, podemos verificar aumentos da pressão sanguínea, alteração nos estados de humor, comportamentos de risco para a saúde, queixas psicossomáticas, aumento do risco da prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) e de perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas. Ao nível organizacional, verifica-se um elevado grau de absentismo, dificuldades nas relações interpessoais e fraco controlo da qualidade do trabalho realizado. Estas situações podem levar a ausências prolongadas do trabalho, aumentar a probabilidade e frequência de acidentes de trabalho, bem como sentimentos de apatia e desmotivação no trabalho (Cartwright et al., 1995).

O *stress* ocupacional é uma preocupação em termos de saúde. Os resultados do “Second European Survey on Working Environment” com cerca de 16 000 trabalhadores europeus, indicaram que 29% dos trabalhadores sentiram que o seu trabalho afectava a sua saúde. As queixas mais frequentes eram as dores lombares (30%), *stress* (28%) e fadiga (20%) (Paoli, 1997 citado por McIntyre et al., 2000).

Outra premissa associada ao *stress* ocupacional é a satisfação profissional. Vários autores como Blazer et al., (1997) citados por McIntyre et al. (2001), advogaram que maiores



níveis de satisfação profissional podiam beneficiar as organizações, diminuindo o grau de absentismo, a rotatividade pessoal e os acidentes de trabalho. Igualmente Lewis et al. (1993) citados por Vaz Serra (2007: 595), após uma análise de estudos acerca da satisfação no trabalho, referiu que “o nível de satisfação profissional constitui o predictor mais significativo de *stress* no trabalho”. Blegen (1993) citado por Vaz Serra (2007: 599), menciona que “quanto maior o *stress* menor a satisfação sentida no trabalho; por sua vez, a satisfação com o trabalho decorre de forma paralela com o envolvimento na organização”. Herzberg, autor da teoria dos dois factores, afirmava que a satisfação no cargo é função do conteúdo ou actividades desafiadoras e estimulantes do cargo (factores motivadores) e função de factores melhoráveis (factores higiénicos), tais como as condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, o clima de relações entre a direcção e os funcionários. Esta análise, anterior às teorias de *stress*, coincide com a abordagem de Blegen, associando a motivação e a satisfação no trabalho (Chiavenato, 1998).

Os factores motivadores, inerentes ao próprio cargo, poderão ser por si só determinantes de *stress*, pela sua monotonia (de que é exemplo uma linha de montagem) ou pelas exigências e responsabilidades associadas (de que é exemplo a função de controlador de voo). Os factores higiénicos correspondem a todos os outros elementos associados ao conteúdo do cargo, e correspondem igualmente a situações indutoras de *stress* (Robbins, 1999).

Os elementos da satisfação profissional associados às características do trabalho envolvem a identidade da tarefa, o seu significado, a variedade de competências envolvidas, o grau de autonomia e a oportunidade de *feedback*. Porém, há factores individuais que podem afectar o modo como cada indivíduo avalia o seu trabalho e o seu nível de satisfação. Estes factores consistem, entre outros, nos traços de personalidade, estados de humor, auto-conceito, estado de saúde e estilos de vida. A baixa satisfação no trabalho pode desencadear afectos negativos, como em casos de *burnout*, que consequentemente irão condicionar à forma como os indivíduos avaliam o seu trabalho, contribuindo para uma maior insatisfação profissional (McIntyre et al., 2001).

Cartwright et al. (1995) e Cooper e Payne (1990), apontaram algumas directrizes em termos de intervenção que tendem, por um lado, a modificar a estrutura organizacional e as características físicas e ambientais do trabalho e, por outro, a enfatizar e otimizar as relações existentes no trabalho, a autonomia do trabalhador e a definição dos papéis a serem desempenhados. Referiram ainda, a importância de se facultarem intervenções centradas no indivíduo, nomeadamente em termos de apoio e formação de modo a possibilitarem o desenvolvimento de estratégias de gestão de *stress*.

### 4.3. Burnout

O termo *burnout* (esgotamento) segundo Freitas (1999), surge como uma metáfora usada para descrever um estado de fadiga física e mental, que aparece em múltiplos profissionais, fazendo lembrar a imagem da “vela ou fogueira que se apaga” ou da “bateria descarregada”. Aparece também em outros contextos ligado ao efeito crónico de abuso de drogas; na indústria aeroespacial, para se referir ao sobreaquecimento e desgaste de uma máquina.

A primeira utilização do termo *burnout* para identificar uma síndrome específica deve-se ao psicanalista norte-americano Herbert Freudenberg (1974). Segundo este, *burnout* é o termo que melhor se adequa à situação que se manifesta através de uma verdadeira crise de identidade colocando em questão todas as características do indivíduo, na esfera física, psíquica e relacional.

Os efeitos do *stress*, a nível organizativo, são “de segunda ordem”, e materializam-se em quebras de produtividade, erros e lacunas de processo e conflitos para os quais a organização é chamada a intervir, resultados de insatisfação e *burnout* ao nível individual.

Deste modo, o *stress* ocupacional em extremo pode provocar *burnout* afectando, sobretudo, os indivíduos que exercem profissões em que tem de lidar com outros indivíduos durante muito tempo, como é o caso da saúde, justiça e educação.

Firth e Britton (1989) citado por Vaz Serra (2007), corroboraram que a presença de *burnout* estava relacionado com o absentismo que se tornava com frequência um precursor de mudança de emprego e que a existência de apoio social recebido poderia constituir um factor moderador dos efeitos do *stress*. Todavia, em investigações mais recentes e ao longo de anos, Maslach e Leiter (1997), consideram que o *burnout* não é um problema dos indivíduos em si, mas do ambiente social em que os indivíduos trabalham. Estes autores, no seu livro “The Truth About *Burnout*”, vem dar uma nova visão acerca das causas reais do *burnout*, centrando a questão no local de trabalho, ao não ser reconhecida no trabalho a vertente humana.

Schaufeli, Maslach, Marck (1993) e Maslach, Schaufeli, Leiter (2001), analisando todo um passado do *burnout*, distinguem duas fases. A primeira fase, pioneira, exploratória, de descrição do fenómeno teve origem na década de 70 nos Estados Unidos da América. A segunda, fase empírica com estudos metodizados, criação de escalas e dos seus estudos psicométricos, após a década de oitenta.

A partir da década de 70, Maslach começou por realizar entrevistas exploratórias com profissionais na área da enfermagem e medicina, uma vez que estava preocupada em compreender comportamentos “pouco profissionais” por parte de alguns indivíduos no exercício das suas funções bem como as interpretações que estes construíram em torno de experiências despoletadoras de elevados níveis de ansiedade. Este trabalho, foi a base para a construção do Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI). O questionário realizado evidenciou três factores distintos: a exaustão emocional que se refere a um sentimento de incapacidade, ou seja a falta de recursos emocionais perante as exigências do trabalho; despersonalização (ou cinismo) a qual diz respeito a uma atitude fria e distante relativamente aos indivíduos no trabalho onde se pode evidenciar uma minimização de um envolvimento no trabalho e perda dos ideais; e a falta de realização profissional que corresponde a um aumento do sentimento de inadequação, derivando daí sentimentos de impotência, baixa auto-estima e recriminações pessoais.

Maslach defendeu que o *burnout* tal como o *stress* é uma experiência pessoal que ocorre num contexto social complexo envolvendo os conceitos identificados no seu modelo tridimensional, destacando a despersonalização como a novidade para diferenciar o *stress* do *burnout*, isto é, a existência de exaustão *per se* apenas resulta na ausência de um sentimento de realização pessoal se for medida pela variável “despersonalização” (Maslach & Leiter, 2000; Silvério, 1995).

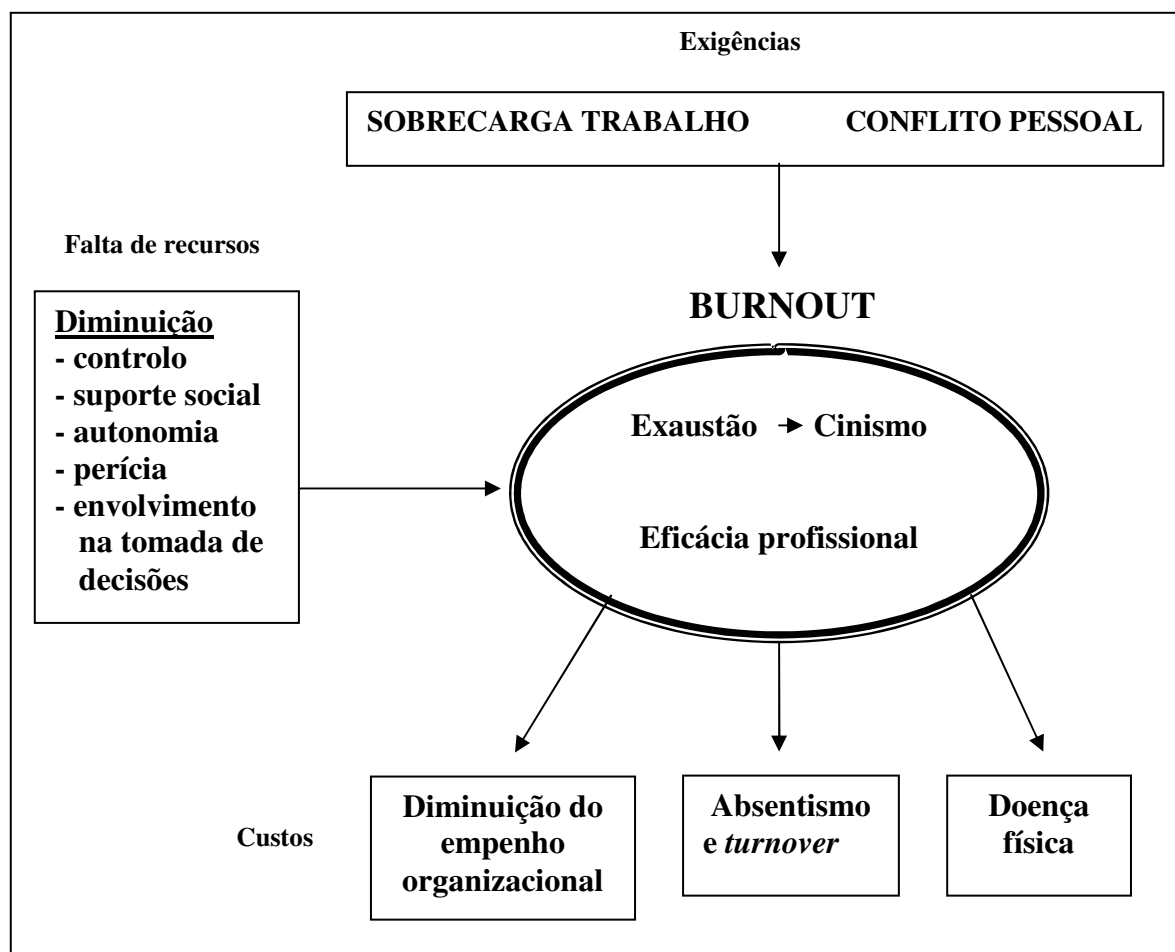
Observando a figura 4.2, podemos constatar que o Modelo Geral de *Burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996), se traduz pela diminuição no empenho organizacional, aumento do absentismo e *turnover*, e a doença física. Leiter & Maslach (1998), referem que no centro se encontram as três componentes de *burnout*: a exaustão, o cinismo e a redução na eficácia profissional. A exaustão está fortemente relacionada com a despersonalização, e, adicionalmente, intercede na relação entre os factores organizacionais e a despersonalização. A sobrecarga de trabalho não tem um impacto directo na despersonalização mas tão-somente na exaustão.

Para Queirós (2005) *burnout* é uma síndrome que resulta da exposição dos indivíduos ao *stress* laboral crónico, que afecta particularmente os profissionais de enfermagem, e que está associado ao absentismo laboral.

Pines e Aronson (1993) notado por Vaz Serra (2007: 550), mencionam-no como sendo um “estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento, por longo tempo, em situações emocionalmente desgastantes”.

Gonsález e Rodrigo (1994) citado por Queirós (2005: 27), apontam *burnout* como um “conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, produto de uma exigência excessiva de energia no trabalho” e que sucede principalmente nas profissões envolvidas numa relação de ajuda.

**Figura 4.2:** Modelo Geral de Burnout (Maslach; Jackson; Leiter, 1996).



**Fonte:** Baseado em Leiter, M.; Maslach, C. (1998). *Burnout*. *Encyclopaedia of Mental Health*. Vol.1, pp.347-357.

De acordo com Bibeau e Poirier (1985) narrado também por Queirós (2005: 27), *burnout* é “uma reacção adaptativa ao *stress* no trabalho” e, para Lehigot e Lafont (1985), “consequência da evolução cultural e progresso tecnológico”.

Segundo Girdino, Everly & Dusek (1996), o *burnout* constitui um processo organizado por diferentes etapas, sendo possível entender o processo de acordo com as seguintes fases: fase do *stress* inicial, a qual inclui respostas fisiológicas e psicológicas na consequência de

um período de grande energia e entusiasmo. Numa segunda fase deste período inicial, o indivíduo começa a questionar o seu valor e utilidade; fase da conservação de energia, que engloba um conjunto de estratégias na tentativa de compensar o *stress*; por último referimos a fase de exaustão, que inclui o reconhecimento de um desajuste entre as exigências ocupacionais e os recursos resultando numa resposta comportamental caracterizada por um distanciamento emocional, efectuando as tarefas como uma obrigação.

Como se pode concluir, estas fases apresentam alguma semelhança com o Síndrome Geral de Adaptação de Selye já referido. Estão relacionadas a vários tipos de sinais e sintomas: a nível físico, a nível comportamental e a nível psicológico. A nível físico podemos referir a fadiga crónica, a tensão muscular e problemas gastrointestinais; a nível comportamental menciona-se a irritabilidade, os conflitos interpessoais, a falta de motivação para trabalhar, o cinismo e comportamentos aditivos<sup>3</sup>, no que diz respeito aos sintomas psicológicos destaca-se o sentimento de ineficácia, a depressão e a ansiedade. Os factores individuais, sociais e ocupacionais podem ser considerados percursos no desencadeamento no processo acima descrito.

Como refere Callhoun, 1980, citado por McIntyre, 1994; Greenberg, 1987; Mendes, 1995; Silvério, McIntyre & McIntyre, 1999; Vaz Serra, 2007, o processo de *burnout* pode evoluir no sentido de provocar pouca qualidade de vida, absentismo, desordens psicológicas, comportamentos aditivos e alterações nas condutas de prestação de serviço e relacionamento interpessoal.

O *stress* ocupacional e o *burnout* são concebidos como aspectos iminentes, nos profissionais de saúde, visto que os seus efeitos negativos são notórios e repercutem-se não só nos profissionais como também nos utentes dos serviços a serem prestados. Dos vários estudos realizados salienta-se o de Mchanic (1972) citado por Power & Swanson (2000) que explanam o défice atencional nos profissionais de saúde como um elevado factor de risco consequente das exigências da profissão, podendo influenciar as tomadas de decisão, assim como a própria relação terapêutica.

---

<sup>3</sup> Os comportamentos aditivos (uma má tradução do inglês *addicted*) típicos estão associados tradicionalmente ao consumo de álcool e estupefacientes. No entanto há certos fenómenos que poderão ser classificados na mesma categoria, tais como o trabalho obsessivo, os jogos de computador e outros comportamentos viciantes.

## **CAPÍTULO 5. O *STRESS* NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

### **5.1. A especificidade dos profissionais de saúde – o caso dos enfermeiros**

As instituições de saúde e, nomeadamente os hospitais, são organizações onde se desenvolve um conjunto de actividades em diferentes níveis de actuação. Esta realidade traduz-se num agregado complexo e distinto de papéis, personalidades, grupos, normas, comportamentos e valores. Uma das particularidades das instituições de saúde é a multidisciplinaridade de profissões, que confere uma dinâmica de funcionamento específica. Em suma, é um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de indivíduos, para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 1995).

Actualmente tem-se dado grande relevância à “humanização hospitalar”, e os estudos desenvolvidos sobre este tema têm como objectivo primordial a qualidade dos serviços prestados a quem procura e necessita de cuidados hospitalares, os utentes. As condições de trabalho, a motivação, e em consequência o bem-estar dos profissionais de saúde têm sido relegados para segundo plano.

Segundo a Direcção Geral dos Hospitais (1992), as duas dimensões basilares do trabalho na organização hospitalar são o utente e o trabalhador da instituição. Esta parece não considerar objectivamente a dimensão humana do técnico de saúde, interessando-se por aspectos técnicos, tais como o saber e o saber fazer.

Tendo em conta que grande parte da investigação em saúde se direcciona para o utente, torna-se crucial questionarmo-nos e debruçarmo-nos sobre o trabalhador da instituição, principalmente sobre o modo de estar no trabalho por parte dos profissionais de saúde, neste caso particular no grupo profissional de enfermagem.

Martin e Henderson (2004: 64), referem que “ nas unidades de saúde e nos serviços sociais existe geralmente uma complexidade de equipas constituídas por indivíduos oriundos de muitas áreas ocupacionais. As equipas que trabalham juntas com regularidade adoptam com frequência valores comuns centrados num objectivo do trabalho a realizar, e reconhecem a contribuição feita pelos membros com capacidades diferentes e específicas”.

Ao longo dos tempos foram sendo atribuídas ao enfermeiro e à enfermagem, um conjunto de actividades relacionadas com a saúde. A conceptualização de enfermagem e do enfermeiro foram alvo de metamorfoses ao longo de várias décadas de história, consequência dos progressos técnicos e científicos no campo da saúde e das mudanças

sócio-culturais. As instituições de saúde, em particular os hospitais e centros de saúde constituem ambientes de trabalho especialmente stressantes, apresentando características organizacionais normalmente relacionadas com o *stress*, com níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades e elevada especialização profissional (Calhoun, 1980).

De acordo com o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) nos termos do Decreto de Lei n.º 161/96, o enfermeiro “é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Segundo esta perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o utente na satisfação das suas necessidades apelando para o auto-cuidado, motivando-o para a realização das suas necessidades humanas básicas.

A enfermagem, numa perspectiva recente, tem sido alvo de várias tentativas de definição, com o objectivo de poder articular, de forma clara, os papéis e funções do profissional de enfermagem, sem descurar o objectivo final e único da sua prática - o indivíduo.

Assim sendo, das definições clássicas de enfermagem destacamos Virgínia Handerson (1966), que descreve a função de enfermagem como, ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na realização das actividades que cooperam para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, devendo desempenhar esta função no sentido de o tornar o mais independente possível.

Os trabalhadores do domínio da saúde constituem classicamente um grupo de elevado risco ao *stress*, pela complexidade dos factores ambientais e psicossociais intrínsecos ao seu trabalho. Os profissionais de enfermagem são os mais expostos<sup>4</sup>, o que talvez justifique o número de estudos dedicado ao problema; devido as exigências da profissão, quer ao nível da convivência com utentes, rapidez de planeamento, execução e avaliação de cuidados, preparação inadequada e incerteza de tratamentos, tomada de decisões, confronto com situações de morte e sofrimento, conflito com colegas e superiores e falta de apoio. É natural que o dia a dia do profissional seja vivido sob uma grande tensão. Existe no entanto uma dificuldade entre os próprios profissionais de saúde em reconhecer e valorizar possíveis situações de *stress* (Camacho, 1997).

---

<sup>4</sup> A maior exposição é o resultado da sua posição funcional nas instituições de saúde, a um nível intermédio, e simultaneamente do maior contacto com os utentes.

A nível internacional, a Finlândia é um dos países que apresenta um estudo mais sistemático do *stress* nos profissionais de saúde. Por iniciativa do Ministério da Saúde da Finlândia foi realizado um estudo acerca dos problemas de saúde ocupacional dos profissionais de saúde. Leppanen e Olkinuora (1987), apontados por McIntyre, (1994) concluíram nesse estudo que os enfermeiros consideravam o seu trabalho compensador em termos de providenciarem serviços com significado, serem capazes de utilizar e desenvolver as suas capacidades profissionais e possuírem desafios profissionais. Deste modo, o desafio profissional foi considerado, por cerca de metade dos enfermeiros, como fonte de *stress*, pelo facto de sentirem falta de preparação, particularmente no que se refere a competências psicológicas. Consideram também a sobrecarga horária e as situações inesperadas e urgentes como um elevado stressor no seu trabalho. Importa salientar que o tipo de stressor varia com o sector da saúde. A autora refere também que uma percentagem considerável dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, evidenciam reacções adversas ao *stress* que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Dolan e Cols (1992) citado por Vaz Serra (2007), num estudo realizado com 1237 enfermeiros, concluíram que os factores que levam à saída de um enfermeiro da organização onde trabalha são a privação de decidir por si acerca dos problemas de trabalho e dos problemas relacionados com o seu papel dentro da instituição.

De acordo com Blegen (1993) citado por Vaz Serra (2007: 599), após uma revisão de 48 estudos referentes a 15.048 enfermeiros, testemunhou que “quanto maior o *stress* menor a satisfação sentida no trabalho; por sua vez, a satisfação com o trabalho decorre de forma paralela com envolvimento na organização”.

Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994), efectuaram um estudo sobre o *stress* em enfermeiros, no qual reconheceram como principais situações indutoras de *stress* a sobrecarga de trabalho e o facto de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com exigências emocionais dos utentes e suas famílias. Os autores mencionam como causas de sobrecarga de trabalho stressores de ordem organizacional, como conflitos e ambiguidades de papel, linhas múltiplas de autoridade e o nível de responsabilidade. Na maioria das vezes a responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou incutir decisões, o que aumenta o *stress* percebido.

Ainda neste contexto importa referir que a ambiguidade do papel pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde, de que o seu trabalho com os utentes é ao mesmo tempo compensador e difícil. Por vezes, os enfermeiros têm de conviver com as



expectativas dos utentes e familiares, as quais nem sempre coincidem, podendo entrar em conflito com o seu quadro de valores pessoal.

Alguns estudos realizados por Calhoum (1980) e Lindstorm (1992), demonstram que um clima participativo caracterizado por trabalho de equipa, coesão de grupo, racionalização das tarefas e participação do utente, causa menor *stress* ocupacional.

Camacho (1997) refere que o *stress* contínuo pode desencadear no indivíduo a síndrome de *burnout*. De acordo com Mendes (2000) e Vaz Serra (2007), alguns estudos demonstraram que os profissionais de enfermagem são muito susceptíveis ao *burnout*.

Cronin-Stubbs e Rooks (1985) citados por Schaufeli, Maslach & Marek (1993), estudaram o *stress* entre enfermeiros e descobriram que o suporte social estava negativamente associado com o *burnout* e que era preditivo deste. Noutro trabalho, Constable e Russel (1986) citados também por Schaufeli, Maslach & Marek (1993) concluíram que os maiores determinantes de *burnout* entre enfermeiros são a pressão do trabalho e a falta de apoio da supervisão.

Vaz Serra (2007) refere que um dos vários factores passíveis de induzir *stress* nos profissionais de enfermagem é a “existência da sobrecarga de trabalho, que consiste num número demasiado elevado de tarefas para serem desempenhadas ao mesmo tempo, que são muita vez consequência da escassez de pessoal”.

De acordo com Greenberg (1987), os estudos realizados neste campo tem incidido sobre os sintomas subjectivos de *stress*, de ordem psicológica ou psicossomática. Os de ordem psicológica abarcam ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio. Os de ordem psicossomática abrangem dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica/*burnout*.

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, encontrou três aspectos de *burnout*, a fadiga psicológica, a perda de satisfação no trabalho e o endurecimento de atitudes. Segundo o mesmo autor, o *stress* no trabalho faz-se sentir também na esfera familiar e social, nas relações de amizade e lazer.

Sutherland e Cooper (1990), constataam que as enfermeiras, quando comparadas com mulheres de outros grupos profissionais de idades semelhantes, apresentam maior índice de mortalidade. Os mesmos autores referem também a frequência de suicídio aumentada neste grupo, quando comparado com mulheres de outras profissões.

Hingley e Cooper (1986), citados por Sutherland e Cooper (1990), num estudo referente a enfermeiras a desempenhar funções de coordenação e chefia, apuraram que 52% da

amostra consumia bebidas alcoólicas como forma habitual de se relaxarem quando em *stress*.

Gillespie (1986) citado por Vaz Serra (2007), menciona que os enfermeiros são dos grupos de profissionais que em maior número frequentam as consultas de psiquiatria<sup>5</sup>.

A nível nacional, os estudos nesta área são poucos. Porém entre os que existem podemos referir Felício e Pereira (1994) citado por McIntyre (1994); Melo, Gomes & Cruz (1997); Gomes (1998); McIntyre & Silvério (2000); Gomes & Cruz (2004), encontram-se em concordância no que se refere à identificação da sobrecarga de trabalho, da baixa remuneração, da frustração ao nível das expectativas profissionais, da falta de recursos adequados para o desempenho da profissão e o número excessivo de utentes como factores de *stress* comuns aos diferentes profissionais de saúde. De acordo com o referido, McIntyre e colaboradores (1999), num estudo sobre a satisfação profissional, fontes e respostas de *stress* e recursos de *coping* dos profissionais de saúde, com uma amostra composta por 62 enfermeiros de ambos os sexos da região Norte de Portugal, concluíram que a sobrecarga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos materiais, técnicos e humanos e o número excessivo de utentes por enfermeiro, eram as principais fontes de *stress* indicadas; surgindo depois os factores sócio-emocionais ou seja a incapacidade de responder as exigências emocionais do utente. É importante realçar que estas fontes de *stress*, de raiz predominantemente organizacional não estão sobre o controlo directo destes profissionais, o que pode clarificar o seu ranking elevado em termos de *stress* e também espelhar os problemas e existentes nas organizações de saúde em termos de carência de pessoal e de recursos materiais.

Num estudo realizado por McIntyre e Silvério (1999), de análise dos recursos de *coping* das enfermeiras, verificou-se que as estratégias mais usadas foram o apoio social, a liberdade financeira, a monitorização do *stress*, a sociabilidade e a confiança, não sendo resultados inesperados, pois Portugal é um país em que as relações interpessoais são um valor cultural (McIntyre, 1997). Por outro lado, os recursos menos usados, como a prática de exercício físico, o controlo e a resolução de problemas, são os mais frequentes nos enfermeiros de outros países (McIntyre, McIntyre e Silvério, 1999).

Por último, podemos referir que o *stress*, a saúde física e psicológica dos indivíduos nos locais de trabalho tem vindo a afigurar-se como uma área fundamental de investimento da

---

<sup>5</sup> O facto dos enfermeiros terem um maior conhecimento dos sintomas de *stress* e, cumulativamente, terem um acesso mais facilitado aos cuidados de saúde especializados, poderão explicar o facto enunciado. Esta hipótese não é de excluir, e justificaria um estudo complementar.

pesquisa, patenteada em vários estudos efectuados nos últimos tempos, originando, inevitavelmente, numa maior conceptualização da problemática e consequente intervenção, quer ao nível preventivo quer de tratamento, nas perturbações que são manifestadas como resultado das respostas inadaptadas face ao *stress* ocupacional [Keita e Jones (1990) citado por Gomes e Cruz (2004)]. A investigação das fontes e respostas de *stress* nos profissionais de saúde e as suas consequências justificam o título do artigo de McIntyre (1994: 193) “os que tratam também sofrem”. A análise da autora, mostra-nos que o sofrimento se repercute a nível físico, emocional e social, resultando de aspectos organizacionais, como o excesso de trabalho e sócio-emocionais, como lidar com as exigências emocionais do utente.

De acordo com McIntyre (1994), tem sido apresentadas como técnicas possíveis de redução do *stress* sócio-emocional a disponibilização de espaços privados para os profissionais de saúde, o treino de técnicas de redução de *stress*, como as técnicas de relaxamento, a disponibilização de grupos de discussão e aconselhamento individual ou grupal.

## **5.2. Os factores desencadeantes do *stress* nos profissionais de enfermagem**

Antes de abordarmos alguns dos factores específicos de *stress* nos enfermeiros, torna-se necessário clarificar o conceito de stressor: fonte, situação, circunstância ou acontecimento indutor de experiências de *stress*.

De acordo com a teoria transaccional, Lazarus (1993), a condição de stressor deriva do tipo de avaliação que o indivíduo faz da situação, da sua vulnerabilidade a mesma, ou seja, das suas características individuais e das estratégias de *coping*. Tendo em conta as condições de trabalho e o bem-estar do indivíduo torna-se imperativo reconhecer elementos do contexto em cuja presença o indivíduo pode originar experiências de *stress* e vivenciar as consequências negativas do mesmo.

Ivancevich e Matteson (1980) citados por Peiró (1993), apontam quatro categorias de stressores: ambiente físico; nível individual; nível grupal e nível organizacional.

A realidade de um enfermeiro é bem diferente dos restantes técnicos de saúde. Um enfermeiro é um profissional de saúde que presta cuidados globais ao utente, o seu trabalho é extremamente desgastante, não só pelo facto de ser desenvolvido em circunstâncias altamente stressantes, as quais podem levar a problemas de desmotivação, insatisfação

profissional, absentismo, rotação e tendência a abandonarem a profissão, mas, também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos.

Na instituição hospitalar, o trabalho dos profissionais de saúde desenvolve-se em unidades de cuidados organizadas segundo as várias especialidades médicas. De acordo com o espaço físico a maioria das unidades de cuidados destinam aos profissionais de enfermagem um gabinete para o chefe, uma sala de trabalho, onde se realizam todas as actividades dos profissionais de enfermagem, excluindo os cuidados directos ao utente. Neste contexto, os profissionais de enfermagem inseridos nessas unidades realizam o seu trabalho em equipas, podendo atingir cerca de 70 elementos, como é o caso do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Coimbra. A dimensão destas equipas é determinada consoante as necessidades e o tipo de cuidados exigidos.

De seguida, aludimos algumas situações indutoras de *stress* em ambiente hospitalar e a sua relação com o bem-estar psicológico, usando para o efeito os termos stressor, factores, fonte, situação e circunstância indutora ou desencadeadora de *stress*.

#### **5.2.1. Trabalho por turnos**

O trabalho por turnos é uma rotina cada vez mais frequente no mundo industrializado e necessário a nível das várias organizações particularmente nas instituições hospitalares. Os seus efeitos são evidentes relativamente à duração e qualidade do sono, reflectindo-se a nível gastrointestinal, psicológico, social e familiar. Alguns estudos efectuados têm evidenciado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário manifestam com maior frequência queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais. As influências podem ser biológicas ou emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono vigília, do sistema termo-regulador e do ritmo de excreção de adrenalina (Peiró, 1993). Como afirma Silva e Silvério (1997: 233), “o trabalho por turnos é vivenciado por muitos enfermeiros como um problema médico, psicológico e sócio-familiar com elevados custos” Os efeitos deste stressor podem ser minimizados recorrendo a estratégias como a recuperação adequada dos deficits de sono, reserva e planeamento de algum tempo para a vida familiar e social (Peiró, 1993).

Os profissionais de enfermagem devem trabalhar 35 a 40 horas semanais distribuídas por turnos de 8 horas, que podem ser praticadas no turno da manhã (das 08 às 16 horas), da tarde (das 16 às 23 horas) e da noite (das 23 às 08 horas). Na maioria das vezes o número de horas de trabalho pode ainda prolongar-se por diversos motivos, tais como o excesso de

actividades a realizar, o tempo gasto na passagem de turno (a transmitir informação), o atraso de colegas, ou ainda por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os utentes. Este tipo de acréscimo de horas de trabalho, resultantes do prolongamento do horário normal de serviço dos profissionais de enfermagem, não é ou tende a não ser objecto de qualquer compensação.

### 5.2.2. Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga/excesso de trabalho é uma fonte constante de *stress*, quer em termos quantitativos quer em termos qualitativos. De acordo com Peiró (1993), entende-se por sobrecarga quantitativa o descomedimento de actividades a executar num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa reporta-se às excessivas exigências relativas às competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador. O autor também refere que o trabalho demasiado leve pode resultar num importante stressor, sendo exemplo disso, a atribuição de poucas tarefas durante o dia.

De acordo com D’Espiney (2001: 3), “a carência de recursos humanos é grave, constitui um factor determinante para a existência de duplo emprego”. Segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (1999), outro aspecto a considerar é a alteração indiscriminada e sistemática dos horários de trabalho em muitos serviços e a redução do número de enfermeiros por turno, que tem sido uma prática utilizada para contornar a problemática da carência de pessoal de enfermagem<sup>6</sup>.

No Centro Hospitalar de Coimbra a sobrecarga de trabalho devida à carência de profissionais de enfermagem leva a horários acrescidos por parte dos contratados e a horas extraordinárias para todo o pessoal. O aumento dos ritmos de trabalho, para garantir os cuidados prestados, reflecte-se sobretudo ao nível do relacionamento social e familiar e ao nível de conflitos entre colegas acarretando consequências físicas e psicológicas (irritabilidade, fadiga, desgaste, privação do sono, alterações do humor e do comportamento) originando o *stress*.

---

<sup>6</sup> A questão do duplo emprego dos enfermeiros e o excesso de horas extraordinárias, merece uma análise cuidada, que ultrapassa o âmbito deste estudo. No momento actual verifica-se um elevado desemprego nos jovens recém-licenciados de enfermagem e, simultaneamente, existe duplo emprego e excesso de horas extraordinárias. Mais do que um fenómeno de “insiders/outiders”, isto é o reflexo de uma limitação “por decreto” do número de admissões.

### 5.2.3. Conteúdo do trabalho

De acordo com o conteúdo do trabalho, têm sido reconhecidas uma série de características intrínsecas às actividades de trabalho, podendo contribuir para o bem-estar psicológico dos trabalhadores, sendo estas: a motivação intrínseca do trabalho, o desempenho das tarefas e de postos de trabalho, e a própria acção humana no trabalho relacionada com as tarefas. Contudo, se estiverem inadequadamente representadas, quer seja por excesso ou por defeito, podem criar uma fonte importante de *stress*. Optámos por referir a oportunidade para o controlo e a oportunidade para o uso de competências próprias pois são as que consideramos de especial relevância para o nosso estudo. A oportunidade para o controlo refere-se a um aspecto que pode produzir *stress* ou bem-estar psicológico, dependendo do ambiente de trabalho, se este permite ao indivíduo controlar as actividades e realizar tarefas. Para uma melhor compreensão do referido interessa distinguir o controlo intrínseco do extrínseco. O controlo intrínseco refere-se a influencia que o sujeito tem sobre o conteúdo do seu próprio trabalho; enquanto que o controlo extrínseco se refere a aspectos do ambiente de trabalho. A oportunidade para o uso de competências próprias é outra característica de grande relevância para o bem estar psicológico ou para o desenvolvimento de *stress* no trabalho, em que o contexto sócio profissional é a possibilidade que se oferece ao indivíduo para utilizar e desenvolver as competências próprias (Peiró, 1993).

O conteúdo de trabalho, em cada serviço do Centro Hospitalar de Coimbra tem associado uma carga de remuneração moral que depende do produto das equipas médicas e de enfermagem. Por exemplo, uma equipa da urgência tem um trabalho muito exigente mas que é recompensado em cada operação com sucesso<sup>7</sup>. Embora sejam serviços distintos, e independentemente do profissionalismo das equipas, constata-se que quando os utentes ou os tratamentos são crónicos e se desenvolvem ao longo do tempo, o grau de remuneração moral é menor.

### 5.2.4. Desempenho de papéis na organização

Uma das experiências mais habituais de *stress* no trabalho é a que provém do desempenho na organização. Um elevado número de estudos avalia o *stress* de papel através de duas componentes: o conflito de papel e a ambiguidade de papel.

---

<sup>7</sup> Neste aspecto as unidades de cuidados paliativos em que os utentes têm uma morte anunciada, são extremamente desgastantes para os profissionais de saúde.

Segundo Peiró *et al.* (1992), o termo papel pode ser definido como o conjunto de expectativas e solicitações sobre os comportamentos que se esperam do indivíduo que ocupa uma determinada função orgânica. Essas expectativas e solicitações são enviadas formal ou informalmente pelos indivíduos e/ou grupos que são lesados de algum modo pelo comportamento do indivíduo e que tende em ter, capacidade de exercer influências sobre o comportamento daquele<sup>8</sup>. Quando outros membros da organização enviam, ao indivíduo exigências e expectativas inconciliáveis entre si, pode suceder uma situação indutora de *stress*, ou seja, o conflito de papel. Quando as expectativas e solicitações são emitidas com informação escassa pode suceder uma outra situação indutora de *stress*, a ambiguidade de papel. Uma vez avaliadas e constatadas, por parte do indivíduo as dificuldades ou impedimento de encarar adequadamente essas situações, irrompem as experiências subjectivas de *stress* de papel.

São exemplos de situações indutoras de *stress* de papel: as divergências entre a prioridade das tarefas a executar e os objectivos, a sobrecarga de papéis quantitativa ou qualitativa por acumulação de funções e solicitações provenientes de um ou de vários papéis que o indivíduo tem de desempenhar, o grau de autonomia e a delimitação de objectivos, o *feedback* recebido dos colegas de trabalho na tomada de decisões.

Peiró e Salvador (1993), referem que o conflito de papel expõe relações significativas (positivas) com a atenção no trabalho, a ansiedade, depressão relacionada com o trabalho, sintomas neuróticos, queixas somáticas (fadiga e insónia), obesidade e doenças coronárias. Ostenta também relações significativas (inversamente) com a satisfação do trabalho, a motivação para o trabalho, o desempenho e compromisso organizacional, a participação e a auto-estima.

Numa organização com a dimensão do Centro Hospitalar de Coimbra não são de esperar conflitos no desempenho de papel. Por um lado porque a estabilidade do quadro de efectivos corresponde a uma estabilidade, permanência e conhecimento dos conteúdos e limites de cada papel no entanto mantêm-se os conflitos do próprio indivíduo recém-chegado a organização em relação as expectativas do próprio papel. A medida que a experiência do indivíduo aumenta, este toma consciência do seu papel, num processo contínuo de integração. Este adaptar de expectativas é formalmente cumprido com um programa de integração inicial, que é orientado por um colega com experiência. A duração

---

<sup>8</sup> É importante sublinhar que há um conjunto de expectativas do próprio indivíduo, associadas ao papel que desempenha ou vai desempenhar. Embora o papel tenha uma dimensão essencialmente grupal a não satisfação das expectativas individuais é uma potencial fonte geradora de *stress*.

da integração varia consoante a dinâmica do serviço e a capacidade de aprendizagem do indivíduo.

#### 5.2.5. **Relações interpessoais e grupais**

As relações interpessoais e grupais são frequentemente enaltecidas positivamente. Neste sentido, os ambientes de trabalho que proporcionam a convivência entre os indivíduos parecem ser mais saudáveis que aqueles que a coíbem ou dificultam.

De acordo com Gardell (1971), as possibilidades de relação com os outros no local de trabalho são uma variável que ocorre positivamente relacionada com a satisfação do trabalho e, negativamente, com a tensão e a ansiedade. Deste modo, as relações interpessoais no trabalho tanto podem ser positivas como negativas, podendo converter-se em graves e importantes stressores.

A qualidade das relações interpessoais é um aspecto de grande importância no ambiente de trabalho. Uma boa relação entre os indivíduos de um determinado grupo de trabalho é um factor crucial da saúde individual e organizacional (Cooper, 1973).

Por outro lado, as relações confusas, pautadas pela dúvida, pouco cooperativas e predominantemente destruidoras, podem provocar níveis de tensão elevados e *stress* entre membros de um determinado grupo de trabalho.

Henderson e Argyle (1985), realizaram um estudo acerca do padrão de relações no trabalho, que revelou que os indivíduos que expressavam ter pelo menos um colega de trabalho seu amigo, dentro e fora do contexto do trabalho, apresentavam significativamente menos experiências de *stress*.

O superior hierárquico, chefe ou director de uma organização é um elemento de referência importante para a maior parte dos indivíduos, podendo também ser uma fonte de recompensa ou de sanção. Segundo McLean (1979), um tratamento pautado pelo desrespeito e os favoritismos, por parte do superior hierárquico, são factores que acentuam a tensão e a pressão no local de trabalho. Uma liderança muito estreita e demasiado rígida sobre o trabalho dos subordinados também pode resultar em *stress*.

As relações com os colegas muitas das vezes também se transformam num forte potencial de *stress*, tornando-se nocivas para a saúde mental. No entanto, se forem pautadas pela compreensão, tolerância e espírito de entre, estas relações podem tornar-se gratificantes e contribuir, significativamente, para um ambiente harmonioso no local do trabalho.



De acordo com Beehr (1981), os principais factores de *stress* nas relações interpessoais entre os membros de um grupo numa organização, são a competição e rivalidade, a falta de apoio em situações difíceis e a falta de relações entre iguais.

Estudos realizados sobre *stress* em profissionais prestadores de serviços (enfermeiros, assistentes sociais, médicos e outros) têm testemunhado que o trabalho com indivíduos e as relações com eles, particularmente se estas apresentam problemas pessoais e familiares, pode levar a situações de *stress*.

Têm-se desenvolvido diversas investigações com o intuito de clarificar os processos pelos quais estes profissionais começam a expressar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante esses indivíduos. Estas e outras manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática, têm sido caracterizadas como “síndrome de *burnout*” ou de “estar queimado” (Leiter e Meechan, 1986).

A falta de coesão, as pressões de grupo, o clima grupal e os conflitos de grupos, nas relações de grupo são considerados como os principais stressores.

Segundo Peiró (1993), embora se reconheça que a falta de coesão nos grupos pode constituir uma fonte importante de *stress*, apenas existe evidência empírica do *stress* gerado pela excessiva ou escassa coesão de um grupo e as suas consequências.

No que se refere às pressões de grupo, de acordo com Laing (1971), estas podem resultar em experiências de *stress*, pois o grupo pode exercer pressões para que os seus membros se acomodem às normas e expectativas do mesmo. Tais pressões podem resultar em fontes de *stress* se com elas se pretender reduzir, modificar ou anular valores e crenças relevantes para o indivíduo, levando a diversas modificações psicológicas e comportamentais.

O clima de uma equipa de trabalho é também considerado um stressor importante para os seus membros. Como menciona Chiavenato (1995), o termo “clima de grupo” reporta-se ao ambiente interno existente entre os membros dos grupos nas organizações e está profundamente relacionado com o grau de integração dos indivíduos.

Como refere o autor supra citado, quando existe uma elevada motivação entre os membros de um grupo, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração; por outro lado, uma fraca motivação entre os membros reflecte-se num clima de grupo dando origem a problemas emocionais, que se manifestam através de depressões, desinteresse, apatia, insatisfação, podendo chegar a estados de agressividade.

As relações interpessoais e grupais dependem do próprio indivíduo e do grupo ou grupos onde está inserido (família, amigos e colegas de trabalho). A caracterização do nível e qualidade das relações interpessoais no Centro Hospitalar de Coimbra, atendendo à sua natureza subjectiva será feita através da escala *Nursing Stress Scale* de Gray Toft & Anderson, o resultado da análise das respostas da escala, será um bom indicador da qualidade das relações.

#### 5.2.6. **Desenvolvimento da carreira**

Cada posto de trabalho está associado a determinados tipos de tarefas, responsabilidades, recompensas e oportunidades variáveis de acordo com a própria hierarquia. Os indivíduos projectam alcançar certas posições na sua carreira, de acordo com o seu contexto profissional e as oportunidades que este lhe oferecer. Deste modo, a carreira profissional de um determinado indivíduo pode converter-se num factor de preocupações, tais como o excessivo ou insuficiente progresso e as mudanças imprevistas e/ou não desejadas. Estes factores poderão transformar-se em indutores de tensão e *stress* no trabalho.

Hartley *et al.* (1991) refere que a insegurança no trabalho é um fenómeno objectivo/subjectivo, de qualidade cognitiva /afectiva, e relacionada com a continuidade do trabalho ou com algumas das suas características.

Nesta perspectiva, o autor defende que a insegurança no trabalho pode ser definida como, a interacção entre a gravidade e a probabilidade percebida de perder emprego, sendo que a gravidade é uma função da importância subjectiva de cada uma das características situacionais e individuais que poderá ser prejudicada pela perda do trabalho e pela probabilidade percebida de o perder, adicionalmente corresponde à entrada num “novo mundo”, situação geradora de *stress*.

As situações de insegurança no trabalho tornam os indivíduos mais predispostos a aceitar sobrecargas de trabalho ou condições de trabalho menos adequadas, que podem acrescentar novas experiências de *stress* às já produzidas pela insegurança no trabalho (Hartley *et al.*, 1991; Peiró, 1993).

Uma mudança de carreira pode ser uma mudança de posto de trabalho, de nível hierárquico ou da organização onde se trabalha, podendo constituir um factor indutor de *stress*, devido ao facto de os níveis e momentos de promoção, muitas vezes não coincidirem com as preferências ou pretensões do indivíduo (Peiró, 1990; Peiró, 1993).

De acordo com Levinson (1978), em alguns casos o nível de ascensão fica aquém das expectativas e competências do indivíduo, podendo esta situação resultar em frustração, o que leva a alterações do humor, relações interpessoais pobres e insatisfação no trabalho.

O autor supra citado considera, como situação indutora de *stress*, a demora ou estagnação que se verifica nas promoções dos indivíduos de meia-idade que desempenham cargos de poder nas organizações. Tais indivíduos desenvolvem experiências de stress que se manifestam por tensões, conflito, ansiedade, insatisfação e medo relacionado com o seu estatuto profissional, ao perceberem que estão na recta final da sua carreira e que, a qualquer momento, podem ser substituídos por pessoas mais jovens e com maior preparação.

McMurray (1973), refere que algumas investigações revelam também os efeitos geradores de *stress* da discrepância entre a posição ocupada e o nível de competência do indivíduo.

O desempenho de papéis, as relações interpessoais e o desenvolvimento da carreira são realidades importantes no contexto sócio-profissional, que podem gerar satisfação do trabalho e realização pessoal, podendo também tornarem-se uma fonte indutora de *stress* mais ou menos permanente, dependendo das características individuais e situacionais.

Tomando como referência o Centro Hospitalar de Coimbra, a actual carreira de enfermagem encontra-se estagnada. Parte dos profissionais de enfermagem encontram-se a contrato. Este regime apresenta algumas vicissitudes e incertezas. No meu caso particular, que considero representativo dos restantes enfermeiros contratados: iniciei a carreira profissional com um contrato trimestral renovável, a que se seguiu um contrato semestral e após dois anos iniciei um contrato anual renovável por iguais períodos de tempo. O período de renovação do contrato é um período de alguma incerteza e apreensão, em que nos questionamos sobre o nosso desempenho profissional no período anterior, a qualidade do trabalho efectuado, a percepção que os nossos chefes terão do trabalho por nós efectuado e, adicionalmente o espectro da redução de pessoal determinada por motivos económicos. Ao longo de todo este processo vão-se desenvolvendo sentimentos de *stress* e angústia compartilhados pelos colegas de equipa nas mesmas circunstâncias. Os profissionais de enfermagem que se encontram no quadro não tem as “angústias periódicas do contrato”, mas tem outro nível de preocupações, que resultam da recente alteração da idade da reforma. Esta alteração, para além dos efeitos directos veio adiar as passagens à reforma dos elementos mais antigos da carreira de enfermagem, adiando as possibilidades de progressão e promoção na carreira. A insatisfação é verbalizada não pela progressão na carreira mas pela diferença de remuneração esperada.

### 5.2.7. Novas tecnologias

A introdução e implementação de novas tecnologias nas organizações, também têm contribuindo para o aparecimento de situações incitadoras de *stress*, as quais podem traduzir experiências de *stress* negativas e altamente nocivas para a saúde mental e bem-estar psicológico. Contudo, a necessidade de novos conhecimentos e competências requer mudanças que podem constituir situações indutoras de *stress*.

Vários autores referem que as novas tecnologias podem proporcionar uma série de benefícios e inconvenientes, que incidem no trabalho e nas relações interpessoais e grupais. No caso do Centro hospitalar de Coimbra, verifica-se com frequência a introdução de novos equipamentos. Numa análise muito sintetizada isto poderá ser mais frequente nos serviços de análises clínicas, imagiologia, radiologia e no bloco operatório. O primeiro contacto com os novos equipamentos causa alguma insegurança e por vezes *stress* devido ao receio de falhar. Com o uso mais frequente do equipamento vai havendo mais confiança reduzindo o *stress* associado. A introdução de novos equipamentos deveria ser acompanhada por uma formação. Por vezes essa formação é adiada, e substituída por *on job training*, pelos pares.

### 5.2.8. Aspectos organizacionais

Sendo as organizações sistemas sociais, estas apresentam uma série de características globais que não se podem resumir à simples soma dos seus componentes, quer sejam papéis, indivíduos ou postos de trabalho. Essas características gestálticas da organização<sup>9</sup> são uma parte fundamental do contexto organizacional em que os indivíduos trabalham e interactuam, tendo em vista a satisfação das suas necessidades e o êxito dos objectivos da própria organização.

A estrutura organizacional descreve a forma como se dispõem os diferentes órgãos e níveis hierárquicos, o seu funcionamento e formas de coordenação de esforços, com vista a satisfazer os objectivos finais da organização.

Alguns estudos mostram que a centralização da organização na tomada de decisões demonstra relações positivas com a alienação dos trabalhadores, e negativas com a

---

<sup>9</sup> As características gestálticas (ou comportamentais) reflectem as relações formais e informais da organização, enquanto conjunto de recursos humanos, materiais, financeiros e conhecimento, coordenados para a prossecução dos objectivos da organização.

situação. Por vezes também se encontram relações negativas entre os vários níveis hierárquicos e a satisfação do trabalho. Por outro lado, Peiró (1993) refere que o nível hierárquico da posição de um trabalhador apresenta uma relação positiva com a satisfação geral, e as posições de *staff* podem apresentar níveis mais baixos de satisfação, maior rotação e absentismo. A formalização de tarefas e procedimentos apresenta uma relação negativa com a satisfação, uma vez que os profissionais a entendem como uma ameaça para a sua autonomia.

Parreira (1988) menciona que os problemas de *stress*, gerados a partir das características organizacionais, que têm merecido maior atenção por parte da psicossociologia são o alcoolismo, as perturbações afectivas, a fadiga excessiva e a repetição de incidentes em vários grupos profissionais.

O termo “clima organizacional” reporta-se especificamente às características motivacionais do ambiente organizacional, ou seja, aos aspectos da organização que produzem diversas espécies de motivação nos seus membros.

De acordo com o referido anteriormente, Chiavenato (1995) menciona que o clima organizacional é benéfico quando garante satisfação das necessidades pessoais e eleva a auto-estima, e é desvantajoso quando causa a frustração daquelas necessidades. O clima organizacional, pode também, influenciar o estado motivacional dos indivíduos e é por ele influenciado.

Irving et al. (1986) refere que a falta de participação está relacionada com alguns factores de risco para a saúde, como é o caso do consumo de álcool, baixa auto-estima, diminuição da motivação, intenção de abandonar o trabalho, entre outros. Verifica-se, também, uma relação positiva entre problemas de *stress* no trabalho, uma liderança rígida e falta de autonomia no trabalho.

Nos finais da década de setenta começou a verificar-se o interesse pelo estudo da cultura organizacional. De acordo com Ferreira (1997) este interesse derivou da tomada de consciência por parte de vários investigadores, da importância dos factores culturais nas práticas de gestão dos recursos humanos e da crença no facto de a cultura constituir um factor de diferenciação das organizações bem sucedidas das menos bem sucedidas.

Contudo, o termo cultura organizacional adopta diferentes significados para diferentes autores, não existindo, por isso, consenso quanto à sua definição.

Fachada (1991) refere que a cultura é o modo de vida dentro das organizações, ou seja, o conjunto de valores e de crenças que orienta a interacção e o relacionamento dos indivíduos dentro da organização. A cultura só tem verdadeiramente interesse na medida

em que corresponde à expectativa dos indivíduos e contribui para a resolução de problemas da organização.

Deste modo, os indivíduos só se envolvem totalmente na organização, nos seus objectivos, se o seu sistema de valores e a percepção do seu próprio sucesso se enquadra no sistema de valores da organização, na sua cultura. Assim sendo, um dos aspectos directamente relacionados com a cultura organizacional é a motivação humana, assim como a satisfação do trabalho dela decorrente. Por outro lado, entre outros aspectos, a cultura exerce uma forte influência no desenvolvimento das relações interpessoais, dentro das organizações.

Segundo o referido, e de acordo com Fernandes (1995), para obter um *são* equilíbrio, a organização deverá impulsionar bom clima de trabalho e ter como objectivo essencial a realidade biológica e sociopsicológica dos indivíduos e não constituir agente de alienação dos mesmos.

A nível organizacional assistiu-se a uma profunda alteração, de natureza institucional, com a passagem dos hospitais de entidade pública para empresa pública. Esta empresarialização das actividades de saúde veio acompanhada de uma mudança nas estruturas de gestão com reflexos na actividade dos profissionais de saúde numa óptica de redução e racionalização de custos. A alteração do limite de idade de passagem à reforma veio reduzir a taxa de renovação dos gestores intermédios. Por um lado isto significa uma menor rotatividade, uma maior estabilidade funcional e a possibilidade de planear e executar a longo prazo, por outro lado há uma maior inércia da organização, que se poderá converter numa resistência à mudança. A nova filosofia de gestão empresarial veio exigir novas competências profissionais designadamente, uma maior disciplina de consumos, a gestão de custos e gestão permanente de *stocks*, apoiada em ferramentas informáticas.

A nível mundial, as orientações da Organização Mundial de Saúde, enunciadas no seu programa “Saúde Para Todos no Ano 2000” preconizam medidas na gestão dos recursos humanos em enfermagem na instituição hospitalar, designadamente: proporcionar condições de trabalho atractivas e gratificantes para os enfermeiros; assegurar uma utilização apropriada dos profissionais de enfermagem; reconhecer a necessidade de educação permanente para o desenvolvimento da carreira; estabelecer um programa de educação permanente acessível a todos os enfermeiros e criar um departamento de programas e aconselhamento psicológico, tendo em vista o desenvolvimento pessoal, interpessoal e de carreira.

## CAPÍTULO 6. METODOLOGIA

### 6.1. Procedimentos metodológicos

A metodologia do estudo de investigação refere-se à descrição e análise do conjunto de procedimentos e técnicas específicas utilizadas na recolha e análise de dados. Como referem Collis e Hussey (2005) a metodologia reporta-se ao processo integral da pesquisa. Desta forma, optámos por subdividir este capítulo nos seguintes pontos: delimitação do problema e objectivos da investigação, metodologia utilizada, campo e universo do estudo, constituição da amostra, explanação do instrumento e de todos os procedimentos inerentes à recolha de dados e tratamento dos mesmos.

#### 6.1.1. Delimitação do problema e objectivos da investigação

No sentido de desenvolver o nosso estudo, colocamos três questões centrais de partida, que entendemos ser importante, e que consideramos enquanto problema e objecto de estudo:

- *Qual o nível de stress que os grupos profissionais de enfermagem vivenciam num Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Oftalmologia, Pneumologia e Medicina de um Hospital Central da Região Centro?*
- *Quais as situações indutoras de stress?*
- *Que estratégias adoptam no sentido de o gerir?*

Considerando o contexto particular da instituição onde decorreu o estudo definimos como objectivos gerais de investigação:

- a) Identificar o nível de stress existente nos grupos profissionais de enfermagem num Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Oftalmologia, Pneumologia e Medicina de um Hospital Central da Região Centro;*
- b) Identificar as situações indutoras de stress;*
- c) Identificar as estratégias utilizadas.*

E como objectivos específicos:

- a) Analisar como o nível de stress se relaciona com as características sócio-*

*demográficas e profissionais;*

- b) Relacionar o nível de stress com as situações indutoras de stress.*
- c) Relacionar o nível de stress com as estratégias adoptadas;*
- d) Analisar como as situações indutoras de stress se relacionam com as características sócio-demográficas e profissionais;*
- e) Relacionar as situações indutoras de stress com as estratégias adoptadas;*
- f) Analisar como as estratégias para lidar com situações de stress adoptadas se relacionam com as características sócio-demográficas e profissionais;*

### **6.1.2. Metodologia**

Existem dois processos de investigação para o desenvolvimento do conhecimento, o método qualitativo ou fenomenológico e o método quantitativo, também designado por positivismo. O primeiro, envolve a colheita de dados e a análise sistemáticas de materiais narrativos mais subjectivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo investigador, pois este tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando assimilar esses aspectos na sua totalidade e no contexto em que estão a ser vivenciados (Polit e Hungler, 1995). Streuber e Carpenter (1995: 4) mencionam que “a investigação qualitativa apela mais ao reconhecimento dos padrões de um fenómeno do que à explicação de factos controlados e generalizados”. O segundo, procura os factos ou as causas dos fenómenos, descurando o aspecto subjectivo da actividade humana, tendo como crença que o estudo do comportamento humano deve ser conduzido como os estudos das ciências naturais, apoiando-se num raciocínio lógico, baseado na precisão, objectividade e rigor (Collis e Hussey, 2005).

Acrescentam os mesmos autores que a investigação quantitativa tem como metodologias associadas os estudos de corte transversal, estudos experimentais, estudos longitudinais e *surveys*. Os estudos de corte transversal são realizados quando há um limite de tempo, os dados são recolhidos apenas uma vez sendo depois analisados e relatados. Collis e Hussey (2005: 67) referem-nos sobre o estudo de corte transversal que ... “não explicam por que uma correlação existe, apenas indicam se ela existe ou não.”

Tendo em conta estas premissas teóricas, a natureza das questões a investigar e os objectivos a atingir, entendemos que em termos metodológicos o nosso estudo se insere



numa abordagem qualitativa e quantitativa, enquadrando-se num estudo de corte transversal, numa lógica dedutiva e com carácter descritivo.

### **6.1.3. Campo e universo da investigação**

O ambiente geográfico no qual desenvolvemos a investigação foi a Zona Centro do País, no Distrito de Coimbra.

O ambiente institucional foi o Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Oftalmologia, Pneumologia e Medicina de uma instituição pública de saúde, de um Hospital Central de referência, o Centro Hospitalar de Coimbra, abrangendo duas das três instituições que dele fazem parte (Hospital Geral e o Instituto Maternal Bissaya Barreto). A opção por este campo de investigação deveu-se essencialmente a duas condições, por um lado, a acessibilidade ao local e por outro, o tempo para a sua concretização.

### **6.1.4. Amostra da investigação**

Qualquer que seja o âmbito da investigação, esta requer uma definição precisa da população a estudar. Num estudo quantitativo, como o nosso, este é um dos aspectos cruciais.

A população é “qualquer grupo bem definido de indivíduos ou itens que estará sob consideração” e a amostra é “um subgrupo da população e deve representar o principal interesse do estudo” (Collis e Hussey, 2005: 62).

Logo que o investigador delimite a população alvo para o estudo devem ser discriminados os critérios de selecção dos seus elementos. Estes critérios são guias importantes para a escolha. De acordo com Polit e Hungler (1995: 143), o investigador deve “estabelecer esses critérios, antes da selecção das amostras, de forma a decidir se um indivíduo seria classificado ou não como membro da população em questão.”

Neste sentido, a nossa população alvo foi constituída por todos os enfermeiros a exercer funções na equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Oftalmologia, Pneumologia e Medicina da referida instituição pública de saúde, sendo esse o único critério delineado.

Relativamente à técnica de amostragem, trata-se de uma amostra aleatória, na medida em que todos os membros da população têm igual oportunidade de ser escolhidos para

participar no estudo (Collis e Hussey, 2005).

### 6.1.5. O modelo de análise e instrumento de recolha de dados

A construção de um modelo de análise constitui uma das fases mais exigentes no processo de investigação. Na perspectiva de Quivy e Campenhoudt (2005: 121) para o investigador construir um modelo de análise existem duas maneiras “ou se põe principalmente a tónica nas hipóteses e se preocupa com os conceitos de forma secundária, ou faz o inverso”.

Acrescentam estes autores que na construção dos conceitos realiza-se uma definição que visa traduzir uma realidade, que consiste em determinar as dimensões que constituem o conceito e depois precisar os indicadores graças aos quais as dimensões podem ser medidas.

De acordo com Polit e Hungler (1995: 25) “no contexto de uma pesquisa científica, os conceitos passam a ser variáveis”, como tal procede-se à operacionalização das variáveis para que estas possam tornar-se mensuráveis. Ou seja, a operacionalização é o modo como a variável é observada e mensurada.

As variáveis podem ser classificadas em variáveis dependentes e independentes, sendo que a variável dependente sofre alterações quando variam as variáveis independentes, numa relação de causa-efeito.

Tendo por base estas fundamentações teóricas, para o estudo foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- **Variáveis independentes:** género; idade; estado civil; habilitações literárias; categoria profissional; tempo de exercício de funções como enfermeiro; tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente; tipo de vínculo à instituição; regime de horário laboral, acumula funções noutra local de trabalho, tempo que demora na deslocação entre a sua residência e o local de trabalho, ambiente relacional no seu local de trabalho, prática de desporto e prática de actividades lúdicas.
- **Variáveis dependentes:** nível de *stress*, situações indutoras de *stress* e estratégias para lidar com o *stress*.

## 6.2. Questionário/Escalas

Contudo, antes de empreender neste processo, o investigador deve perguntar-se que tipo de informação quer recolher e que instrumento de recolha de dados se adequa à obtenção dessa informação.

Atendendo a que optámos por uma metodologia qualitativa e quantitativa, enveredámos por uma recolha de dados sistemática, recorrendo a instrumentos formais, enfatizando a objectividade.

Neste sentido, o instrumento de recolha de dados que utilizámos foi constituído por quatro partes:

- Parte I: Questionário com perguntas abertas e fechadas com opções de resposta de modo a fazer a caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros;
- Parte II: Escala de Avaliação do *Stress* Percepcionado/PSS (Cohen *et al.*, 1983);
- Parte III: Nursing Stress Scale (Gray Toft & Anderson, 1981);
- Parte IV: Escala de estratégias de Coping/WCQ (Folkman & Lazarus, 1988).

Efectuada a construção do instrumento de recolha de dados, consideramos necessário garantir que o mesmo fosse de facto aplicável e que respondesse efectivamente às questões que colocámos no início do nosso estudo.

Para esse efeito recorremos ao pré-teste que visou a identificação dos aspectos relativos à compreensão das questões, aplicado a uma amostra de 10 elementos dos cinco serviços, no período de 25 a 29 de Fevereiro de 2008.

Estabeleceu-se como critério prévio que poderiam ser introduzidas alterações caso o achassem pertinente.

Verificámos que de um modo geral os nossos inquiridos consideraram o questionário de fácil preenchimento, claro e completo, pelo que não foram efectuadas reformulações.

### **6.2.1. Caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra**

A primeira parte do instrumento de recolha de dados visa caracterizar a amostra sob o ponto de vista pessoal e profissional. Os itens apontados são: género; idade; estado civil; habilitações literárias; categoria profissional; tempo de exercício de funções como enfermeiro; tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente; tipo de vínculo à instituição; tipo de horário praticado; se acumula funções noutra local de trabalho; tempo que demora na deslocação entre a sua residência e o local de trabalho; ambiente relacional no seu local de trabalho; se pratica algum desporto e se pratica outras actividades lúdicas.

Neste sentido, foi elaborado um questionário com catorze perguntas distribuídas sob forma de perguntas abertas e fechadas com opções de resposta. (Anexo 1)

A importância de fazer a caracterização sócio-demográfica da amostra deve-se ao facto de considerarmos previamente que estas variáveis podem ter algum tipo de relação com o nível de *stress* nos profissionais de enfermagem, com as situações indutoras de *stress* destes no local de trabalho e com as estratégias utilizadas para a sua gestão.

### **6.2.2. Escala para avaliação do nível de *stress***

No nosso estudo utilizamos a versão portuguesa da Escala de *Stress* Percebido (PSS) (Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983) adaptada por Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos (2002). Trata-se de um instrumento de auto-resposta destinado a quantificar o nível de *stress* que cada indivíduo experiêcia subjectivamente, num determinado momento ou seja como as situações de vida do indivíduo são percebidas como indutoras de *stress*. A escala apresenta duas versões: uma com 14 itens e outra com 10 itens. A versão com 10 itens revelou as melhores características psicométricas e também o melhor comportamento em termos de fiabilidade e validade. (Anexo 2)

A versão da PSS utilizada no nosso estudo é esta última. Os indivíduos respondem a cada afirmação indicando a frequência com que se sentiram ou pensaram da forma indicada na afirmação, numa escala ordinal tipo Lickert com cinco opções (**0** = Nunca; **1** = Quase nunca; **2** = Às vezes; **3** = Com alguma frequência; **4** = Com muita frequência).

### **6.2.3. Escala para avaliação das situações indutoras de *stress***

No nosso estudo propusemo-nos estudar o *stress* no local de trabalho. Assim, para mensurar as situações indutoras de *stress* nos profissionais de enfermagem utilizámos a *Nursing Stress Scale* (Gray Toft e Anderson, 1981) que permite analisar o nível de percepção de *stress* produzido pelos acontecimentos ocupacionais. É composta por trinta e quatro itens, do tipo Likert, com quatro opções (**0** = Nunca; **1** = Algumas vezes; **2** = Muitas vezes; **3** = Sempre), em que se indica o nível de percepção do *stress* produzido por cada um dos trinta e quatro acontecimentos nela incluídos. (Anexo 3)

Esta escala permite ainda, a identificação de sete factores de *stress* relacionados com três tipos de ambiente.

Assim:

- Factor I é referente a **Morte e Sofrimento** e inclui os itens 3, 4, 6, 8, 12, 13, 21.
- Factor II corresponde a **Conflito com médicos** e engloba os itens 2, 9, 10, 14, 19.
- Factor III corresponde a **Preparação inadequada** ao qual se referem os itens 15, 18, 23.
- Factor IV é referente à **Falta de Apoio**, englobando os itens 7, 11, 16.
- Factor V corresponde ao **Conflito com colegas e superiores** e inclui os itens 5, 20, 22, 24, 29.
- Factor VI é referente à **Carga de trabalho** relacionado com os itens 1, 25, 27, 28, 30, 34.
- Factor VII relacionado com a **Incerteza de tratamentos** e inclui os itens 17, 26, 31, 32, 33.

Quanto aos tipos de ambiente, os factores I, III, IV, VII estão relacionados com o ambiente psicológico, o factor VI relacionado com o ambiente físico e os factores II e V relacionados com o ambiente social do hospital.

O cálculo da pontuação total permite medir a frequência com que as situações são experienciadas daí resultando a sua exposição ao *stress*. A pontuação mínima e máxima esperadas varia entre 0 e 102 respectivamente (pouco expostos os indivíduos com pontuações inferiores a quarenta e oito e muito expostos os que obtiverem pontuações iguais ou superiores aquele valor).

Neste contexto, as situações indutoras de *stress* encontram-se operacionalizadas no quadro seguinte:

**Quadro 6. 1:** Operacionalização das situações indutoras de *stress*

CONCEITO	DIMENSÕES	INDICADORES
<b>Stress</b>	<p><u><b>Morte e Sofrimento</b></u></p> <p>Consiste em situações stressantes, resultantes do sofrimento e da morte dos utentes.</p>	<p>3. Executar procedimentos dolorosos para o utente</p> <p>4. Sentimento de abandono quando o utente não melhora</p> <p>6. Escutar ou falar com o utente acerca da proximidade da sua morte</p> <p>8. A morte de um utente</p> <p>12. A morte de um utente com o qual se desenvolveu uma relação de proximidade</p> <p>13. O médico não estar presente quando o utente morre</p>

(Continua)		21. Ver um utente sofrer
	<p><b><u>Conflito com médicos</u></b></p> <p>Consiste em situações stressantes resultantes da interacção do enfermeiro com o médico.</p>	<p>2. Crítica de um médico</p> <p>9. Conflito com um médico</p> <p>10. Medo de cometer um erro no tratamento de um utente</p> <p>14. Desacordo relativamente ao tratamento de um utente</p> <p>19. Tomar uma decisão relativamente ao utente quando o médico está indisponível</p>
	<p><b><u>Preparação inadequada</u></b></p> <p>Relaciona-se com a tentativa dos enfermeiros irem ao encontro das necessidades emocionais dos utentes e da sua família.</p>	<p>15. Sentimento de preparação inadequada para ajudar emocionalmente o utente e a família</p> <p>18. O utente colocar questões para as quais não tem uma resposta satisfatória</p> <p>23. Sentimento de preparação inadequada para responder as necessidades</p>
	<p><b><u>Falta de Apoio</u></b></p> <p>Relaciona-se com a falta de oportunidades para partilhar experiências e para expressar a outros colegas do serviço os sentimentos negativos acerca do serviço e dos utentes.</p>	<p>7. Falta de oportunidade para falar abertamente com os outros colegas sobre problemas do serviço</p> <p>11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros colegas no serviço</p> <p>16. Falta de oportunidade para expressar a outros colegas do serviço os sentimentos negativos acerca dos utentes</p>
	<p><b><u>Conflito com colegas e superiores</u></b></p> <p>Consiste em situações stressantes de conflito que surgem entre enfermeiros e superiores.</p>	<p>5. Conflitos com o Enfermeiro/a° Chefe</p> <p>20. Transferência de um enfermeiro para serviços que tem falta de pessoal</p> <p>22. Dificuldade no trabalho com particular incidência no de enfermagem</p> <p>24. Crítica do enfermeiro Chefe</p> <p>29. Dificuldade em trabalhar com o Enfº ou Enfª do próprio serviço</p>
	<p><b><u>Carga de trabalho</u></b></p> <p>Consiste em situações stressantes de avaria ou falta de material essencial e de</p>	<p>1. Avaria ou falta de material essencial</p> <p>25. Um enfermeiro que falta sem avisar</p> <p>27. Demasiadas tarefas que não são da competência dos profissionais de</p>

	recursos humanos.	<i>enfermagem</i> 28. <i>Não ter tempo para dar apoio emocional</i> 30. <i>Não ter tempo para completar todas as tarefas</i> 34. <i>Não haver pessoal suficiente para as necessidades do serviço</i>
	<u><b><i>Incerteza de tratamentos</i></b></u> Consiste em situações stressantes de informação e tratamento inadequados, ausência de um médico e desconhecimento do que foi dito ao utente e/ou família acerca da situação clínica e do tratamento.	17. <i>Informação inadequada do médico acerca das condições clínicas do utente</i> 26. <i>Uma prescrição médica que solicite um tratamento inadequado para o utente</i> 31. <i>O médico não estar presente numa emergência</i> 32. <i>Desconhecer o que foi dito ao utente e ou família acerca da situação clínica e do tratamento</i> 33. <i>Incerteza acerca do funcionamento de equipamento especializado</i>

#### 6.2.4. Escala para avaliação das estratégias de *coping*

A Escala de Estratégias de Coping/WCQ (Folkman & Lazarus, 1988; adaptado por José Pais Ribeiro e Carla Santos, 1998 e 2001) (Anexo 4), tem como objectivo avaliar as estratégias para lidar com situações/acontecimentos stressantes. Esta é composta por quarenta e oito itens que medem as oito dimensões que traduzem diferentes formas de lidar com situações de *stress*: auto-controlo (sete itens); procura de suporte social (sete itens); fuga-evitamento (sete itens); resolução planeada do problema (seis itens); reavaliação positiva (sete itens); assumir a responsabilidade (três itens); *coping* confrontativo (seis itens) e distanciamento (cinco itens). Trata-se de uma escala ordinal tipo Lickert com quatro opções (0 = Nunca; 1 = De vez em quando; 2 = Algumas vezes; 3 = Muitas vezes). Desta forma, o conceito das sub-escalas de *coping* encontra-se operacionalizado no quadro seguinte:

**Quadro 6. 2:** Operacionalização do conceito das sub-escalas de *coping*

CONCEITO	DIMENSÕES	INDICADORES
<b>Estratégias de coping</b>	<p><b><u>Auto-Controlo</u></b></p> <p>Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções.</p>	<p>6. Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma</p> <p>9. Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir</p> <p>25. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu próprio impulso</p> <p>32. Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação</p> <p>42. Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas</p> <p>47. Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer</p> <p>48. Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo</p>
	<p><b><u>Procura de Suporte Social</u></b></p> <p>Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.</p>	<p>4. Falei com alguém para saber mais sobre a situação</p> <p>12. Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo</p> <p>15. Procurei ajuda de um profissional</p> <p>20. Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos</p> <p>22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa correcta em relação ao problema</p> <p>31. Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito</p> <p>34. Falei com alguém sobre como me estava a sentir</p>
	<p><b><u>Fuga-Evitamento</u></b></p> <p>Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema.</p>	<p>7. Esperei que acontecesse um milagre</p> <p>23. Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.</p> <p>29. Evitei estar com as pessoas em geral</p> <p>36. Passei o problema para os outros</p> <p>39. Recusei acreditar que a situação tinha acontecido</p>



<b>(Continua)</b>		<p>44. Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse</p> <p>45. Desejei que as coisas voltassem atrás</p>
	<p><b><u>Resolução Planeada do Problema</u></b></p> <p>Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.</p>	<p>1. Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo</p> <p>18. Construí um plano de acção e segui-o</p> <p>28. Mudei algo para que as coisas corressem bem</p> <p>37. Aproveitei as minhas experiências passadas</p> <p>38. Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem</p> <p>41. Criei várias soluções diferentes para o problema</p>
	<p><b><u>Reavaliação Positiva</u></b></p> <p>Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.</p>	<p>13. Eu estava inspirada em fazer algo criativo</p> <p>16. Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva</p> <p>21. Sai desta experiência melhor do que estava antes</p> <p>26. Encontrei nova esperança</p> <p>27. Redescobri o que é importante na vida</p> <p>43. Mudei alguma coisa em mim própria</p> <p>46. Rezei</p>
	<p><b><u>Assumir a Responsabilidade</u></b></p> <p>Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.</p>	<p>5. Critiquei-me ou analisei-me a mim própria</p> <p>17. Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação</p> <p>40. Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes</p>
	<p><b><u>Coping Confrontativo</u></b></p> <p>Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.</p>	<p>2. Fiz algo que pensei que não ia resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa</p> <p>3. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião</p> <p>11. Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema</p> <p>19. Consegui mostrar o que sentia</p> <p>24. Fiz algo muito arriscado</p> <p>35. Mantive a minha posição e lutei pelo que queria</p>

	<p><b><u>Distanciamento</u></b></p> <p>Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.</p>	<p>8. <i>Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido</i></p> <p>10. <i>Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema</i></p> <p>14. <i>Tentei esquecer tudo</i></p> <p>30. <i>Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema</i></p> <p>33. <i>Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério</i></p>
--	---	--

### 6.3. Procedimentos da recolha e tratamento dos dados

Para aplicação do instrumento de recolha de dados foi solicitada autorização à Instituição, a que se seguiu um contacto informal com as chefias de enfermagem das equipas seleccionadas para integrar o estudo, no sentido de explicar os objectivos e solicitar a sua divulgação. (Anexo 5)

A obtenção de dados decorreu no segundo trimestre de 2008. Antes do preenchimento dos questionários os intervenientes foram previamente informados sobre os objectivos, a metodologia e o interesse do estudo, assim como lhes foi assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas. Ficou também claro que a sua colaboração seria inteiramente voluntária.

Para a execução dos testes estatísticos optou-se por aplicar os testes, com o apoio de uma folha de cálculo. Esta opção, aparentemente pouco eficiente, apresenta a vantagem de permitir o acompanhamento do algoritmo, e uma maior compreensão dos resultados

## CAPÍTULO 7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005), a análise dos dados recolhidos encerra dois objectivos essenciais. Por um lado, a verificação empírica e a interpretação de factos inesperados e por outro, a revisão e aperfeiçoamento das hipóteses. Os resultados obtidos vão permitir ao investigador reunir um conjunto de condições que o levam a sugerir aperfeiçoamentos do seu modelo de análise ou a propor indicações de reflexão para investigações futuras. Deste modo e, estando neste momento em posse de toda a informação fornecida pelos participantes no estudo, é chegado o momento de a apresentar, analisar e discutir.

As escalas e o questionário utilizados são os seguintes:

- caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes;
- avaliação de *stress* percebido (Perceived Stress Scale);
- avaliação do *stress* nos profissionais de enfermagem (Nursing Stress Scale);
- avaliação das estratégias de *coping* (Ways of Coping Questionnaire).

A análise dos dados é feita recorrendo à estatística descritiva, calculando-se os parâmetros necessários para os testes de hipóteses, média e desvio padrão.

As hipóteses formuladas ao longo deste estudo referem-se à existência ou não de divergências entre os diferentes grupos, organizados por variáveis (por exemplo, é formulada a hipótese de que o *stress* num determinado serviço é maior do que noutra, ou que o *stress* é maior nos profissionais do sexo feminino do que nos do masculino). Estas hipóteses serão testadas através do teste t de Student, sendo, para o efeito, suficiente a folha de cálculo do Windows, o Excel<sup>10</sup>. Após o teste de hipóteses, será feita a interpretação dos resultados. Pontualmente será assinalada a concordância dessas interpretações com observações idênticas de autores de referência.

### 7.1. Verificação da amostra

A amostra é constituída por 110 enfermeiros, de uma população total de 150 profissionais de enfermagem. Foi feita a verificação das respostas com os seguintes resultados (por questionário e escalas):

---

<sup>10</sup> A alternativa à utilização do programa Excel seria a utilização do programa SPSS, que permite a realização de praticamente todos os testes estatísticos. No entanto, face ao reduzido tipo de testes a realizar, optou-se pelo primeiro. Naturalmente, os resultados obtidos – porque resultam das mesmas fórmulas e tabelas – serão rigorosamente iguais.

**Quadro 7.1:** Questionário sócio-demográfico, PSS, Nursing *Stress* e de estratégias de *Coping*

	Serviço	População	Respostas	Amostra	Observações
Questionário sócio-demográfico	Urgência	70	47	47	-
	Bloco Operatório	24	14	13	a)
	Oftalmologia	11	10	10	-
	Pneumologia	19	17	17	-
	Medicina	26	24	23	a), b)
	<b>Totais</b>	<b>150</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	-
Escala PSS	Urgência	70	47	47	-
	Bloco Operatório	24	14	13	c)
	Oftalmologia	11	10	10	-
	Pneumologia	19	17	17	-
	Medicina	26	24	23	-
	<b>Totais</b>	<b>150</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	-
Escala Nursing <i>Stress</i>	Urgência	70	47	47	d), e)
	Bloco Operatório	24	14	13	f)
	Oftalmologia	11	10	10	-
	Pneumologia	19	17	17	-
	Medicina	26	24	23	g)
	<b>Totais</b>	<b>150</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	-
Escala de estratégias de <i>Coping</i>	Urgência	70	47	47	h), i), j), k), l), m)
	B. Operatório	24	14	13	n), o)
	Oftalmologia	11	10	10	-
	Pneumologia	19	17	17	-
	Medicina	26	24	23	p), q)
	<b>Totais</b>	<b>150</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	-

- a) O enfermeiro BO14 e M23 não responderam às escalas PSS, *Nursing Stress* e estratégias de *Coping*, pelo que se eliminam da amostra.
- b) O enfermeiro M24 não respondeu a todas as questões. Como respondeu às restantes escalas, aceitou-se este questionário.
- c) O enfermeiro BO14 só respondeu a 2 de 10 questões, pelo que se elimina este questionário.
- d) O enfermeiro U04 não respondeu à questão 14. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.
- e) O enfermeiro U27 não respondeu à questão 8. Como respondeu aos restantes escalas, aceitou-se este questionário.
- f) O enfermeiro BO14 não respondeu a todas as questões, pelo que se elimina este questionário.
- g) O enfermeiro M03 não respondeu as questões 20 e 22. Atribui-se a classificação zero a estas questões, e aceita-se este questionário.
- h) O enfermeiro U02 não respondeu as questões 1, 2, 3 e 4. Atribui-se a classificação zero a estas questões, e aceita-se este questionário.
- i) O enfermeiro U22 não respondeu à questão 8. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.
- j) O enfermeiro U44 não respondeu à questão 32. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.

- k) O enfermeiro U45 não respondeu à questão 25. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.
- l) O enfermeiro U46 não respondeu à questão 41. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.
- m) O enfermeiro U47 respondeu a 20 de 48 questões, pelo que se elimina este questionário.
- n) O enfermeiro BO13 respondeu a 13 de 48 questões, pelo que se elimina este questionário.
- o) O enfermeiro BO14 não respondeu a nenhuma questão, pelo que se elimina este questionário.
- p) O enfermeiro M14 não respondeu à questão 22. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.
- q) O enfermeiro M22 não respondeu à questão 15. Atribui-se a classificação zero a esta questão, e aceita-se este questionário.

## 7.2. Caracterização sócio-demográfica e profissional

A amostra do nosso estudo será caracterizada quanto ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, tempo de exercício de funções como enfermeiro, tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente, tipo de vínculo à instituição, regime de horário laboral, se acumula funções noutra local de trabalho, tempo que demora na deslocação entre a sua residência e o local de trabalho, ambiente relacional no seu local de trabalho, prática de desportos e actividades lúdicas<sup>11</sup>.

A nossa amostra é composta por 110 enfermeiros, dos quais 42,7% pertencem à equipa de urgência, 11,8% pertencem ao Bloco Operatório, 9,1% pertencem à Oftalmologia, 15,5% à Pneumologia e 20,9% à Medicina (Quadro 7.2). A maioria dos indivíduos desta amostra é do sexo feminino (80,0%) e apenas 20,0% do sexo masculino (Quadro 7.3).

**Quadro 7.2:** Descrição da amostra segundo a equipa

Serviços	N	%
<b>Urgência</b>	47	42,7%
<b>Bloco Operatório</b>	13	11,8%
<b>Oftalmologia</b>	10	9,1%
<b>Pneumologia</b>	17	15,5%
<b>Medicina</b>	23	20,9%
<b>Total</b>	110	

<sup>11</sup> O quadro de resultados é apresentado no Anexo 6. O tratamento dos dados é efectuado no Anexo 13.

Para facilitar a análise dos dados, optámos por agrupar as idades dos inquiridos por faixas etárias. A maior percentagem dos enfermeiros, 45,5%, tem entre 24 e 30 anos; 35,5% entre 31 e 45 anos e 19,1% mais de 45. A média de idades é de 35,1 anos, com um desvio padrão de 9,2.

Relativamente ao estado civil, temos com 56,4% uma amostra maioritariamente de participantes casados/união de facto, 37,3% são solteiros e apenas 6,4% divorciados/separados.

No que concerne às habilitações literárias, todos os enfermeiros têm um curso superior (Licenciatura/Bacharelato em Enfermagem) e 4 têm, adicionalmente, um grau de Mestre.

Quanto à categoria profissional, verificamos que a amostra é constituída por enfermeiros Nível 1 (33,6%) e Graduados (60,0%). Os enfermeiros Especialistas e Enfermeiros-chefes foram agrupados e correspondem a 6,4% da amostra.

À semelhança do que foi feito para a idade, o tempo de serviço dos inquiridos foi dividido por classes. A média do tempo de exercício de funções é de 12,4 anos, variando de um mínimo de 2 anos ao máximo de 37 anos, com um desvio padrão de 9,4.

A média do exercício de funções nos serviços estudados é de 7,4 anos (o participante com menos tempo de experiência encontra-se há menos de um ano no serviço de Medicina e o com mais experiência há 32 anos no mesmo serviço).

Tendo em conta o tipo de vínculo à instituição, a amostra é constituída por enfermeiros em regime de contrato (34,5%) e no quadro (65,5%).

O tipo de horário praticado é essencialmente em regime de trabalho por turnos, vulgarmente referido como *roulement* (90,9%) e apenas 9,1% exerce funções em horário fixo.

Em relação à acumulação de funções, verifica-se que a maioria dos enfermeiros não acumula funções (75,5%) e que 24,5% acumulam funções noutras instituições.

O tempo de duração do trajecto entre a residência e o local de trabalho é em média inferior a 20 minutos.

No que respeita ao ambiente relacional no seu local de trabalho, a maior parte da população inquirida considera que o ambiente é bom (60,9%).

Constata-se que 34,5% dos enfermeiros praticam desportos e que 43,6% praticam actividades lúdicas não discriminadas.

**Quadro7.3:** Descrição da amostra

		N	%
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	87	79,1%
	<b>Masculino</b>	23	20,9%
<b>Idade</b>	<b>24-30 anos</b>	50	45,5%
	<b>31-45 anos</b>	39	35,5%
	<b>&gt;45 anos</b>	21	19,1%
<b>Estado Civil</b>	<b>Casados/União de Facto</b>	62	56,4%
	<b>Divorciados/Separados</b>	7	6,4%
	<b>Solteiros</b>	41	37,3%
<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Curso Superior (Bacharelato/Licenciatura)</b>	106	96,4%
	<b>Mestrado</b>	4	3,6%
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Enf. nível 1</b>	37	33,6%
	<b>Enf. Graduado</b>	66	60,0%
	<b>Enf. Especialista Enf. Chefe</b>	7	6,4%
<b>Tempo de Exercício de Funções como enfermeiro</b>	<b>Até 5 Anos</b>	32	29,1%
	<b>6-10 Anos</b>	31	28,2%
	<b>11-20 Anos</b>	27	24,5%
	<b>&gt; 20 Anos</b>	20	18,2%
<b>Tempo de Funções no Serviço actual</b>	<b>Até 3 anos</b>	34	30,9%
	<b>4-5 Anos</b>	24	21,8%
	<b>6-10 Anos</b>	22	20,0%
	<b>&gt; 10 Anos</b>	30	27,3%
<b>Vínculo</b>	<b>Contrato</b>	38	34,5%
	<b>Quadro</b>	72	65,5%
<b>Regime laboral</b>	<b>Fixo</b>	10	9,1%
	<b>Por turnos</b>	100	90,9%
<b>Acumulação de funções</b>	<b>Sim</b>	27	24,5%
	<b>Não</b>	83	75,5%
<b>Tempo de deslocação</b>	<b>Até 15 min.</b>	64	58,2%
	<b>16-30</b>	33	30,0%
	<b>&gt;30</b>	13	11,8%
<b>Ambiente relacional</b>	<b>Medíocre</b>	4	3,6%
	<b>Aceitável</b>	32	29,1%
	<b>Bom</b>	66	60,0%
	<b>Muito Bom</b>	8	7,3%

<b>Prática de desporto</b>	<b>Sim</b>	39	35,5%
	<b>Não</b>	71	64,5%
<b>Prática de actividades lúdicas</b>	<b>Sim</b>	49	44,5%
	<b>Não</b>	61	55,5%
	<b>Total</b>	110	

### 7.3. Análise da Escala de Avaliação de Stress Percebido (PSS)

Os autores da escala (PSS) não apresentam valores de corte, admitindo, no entanto, que o valor médio será um bom ponto de corte. No presente caso, com 10 itens, pontuados de 0 a 4, o valor de corte seria de 20. Analisando o total da amostra, obteve-se um resultado médio de 21,75. Com base neste valor verifica-se que o nível médio de *stress* do grupo é ligeiramente superior ao valor de corte<sup>12</sup>.

Como já foi explanado anteriormente, os acontecimentos relativos ao *stress* não dependem só do indivíduo ou do ambiente. O *stress* varia em função da relação específica que se estabelece entre o indivíduo e o ambiente. A este respeito Fortin (1992) refere que os efeitos combinados, que as frustrações e as tensões diárias têm sobre os indivíduos, estão sujeitos, entre outros factores, à avaliação que cada um faz da importância das suas próprias necessidades e da confiança nas suas aptidões. Este efeito depende igualmente da avaliação que um indivíduo faz da disponibilidade, qualidade e adequação do seu sistema de apoio social. Para minimizar os efeitos do *stress* é essencial que o indivíduo desenvolva os seus recursos internos e externos. Lidar com o *stress* implica o desenvolvimento contínuo de certas atitudes que, eventualmente, o influenciam durante toda a sua vida, incluindo o desenvolvimento de uma percepção própria das situações, tendo em conta o seu contexto no momento, o seu conhecimento e os seus recursos pessoais. O mesmo autor acrescenta ainda que lidar com o *stress* é possuir o seu próprio meio de recolher informação, resolver problemas, planear actividades gratificantes, tirar partido das relações interpessoais do ambiente de trabalho, bem como gerar ideias, pensamentos e emoções. Cuidar dos utentes deve também incluir saber cuidar de si próprio.

Analisando os resultados por serviços, verifica-se que o grupo de enfermeiros do serviço de Oftalmologia e Medicina revela o maior nível médio de *stress* e que os enfermeiros do serviço de Pneumologia apresentam o menor nível.

<sup>12</sup> As respostas desta escala encontram-se no Anexo 7, e o seu tratamento estatístico encontra-se no Anexo 14.



Quanto ao sexo, constata-se que o nível de *stress* nas mulheres é significativamente superior ao dos homens. Este dado está em linha com diversos estudos que apontam para diferenças entre homens e mulheres nas suas respostas biológicas (neuroendócrinas e imunológicas) e comportamentais (Taylor, Klein, Lewis et al. 2000). Vaz Serra (2007) realça este dimorfismo, afirmando que as mulheres e os homens são diferentes na sua sensibilidade perante os acontecimentos indutores de *stress*.

Estudando os resultados, quanto às faixas etárias, verifica-se que o nível de *stress* da faixa etária 31-45 é maior que o nível de *stress* da faixa etária 24-30. O nível médio de *stress*, nas restantes faixas, não apresenta diferenças significativas.

Analisando a influência do estado civil nos níveis de *stress*, verifica-se que o nível de *stress* dos elementos casados/união de facto não é diferente do nível de *stress* dos elementos divorciados/separados. O nível de *stress* dos elementos solteiros é inferior ao nível de *stress* dos elementos casados/união de facto e dos elementos divorciados/separados. Uma possível explicação poderá residir na existência de um agregado familiar e elementos associados (exemplo: compromissos financeiros), que se constituem como elementos stressores. Na ausência destes elementos stressores (caso dos enfermeiros solteiros), o nível de *stress* será menor.

A análise das categorias profissionais permite-nos verificar que não há diferenças significativas entre o nível médio de *stress* dos enfermeiros nível 1 e dos enfermeiros graduados. O nível médio de *stress* dos enfermeiros nível 1 e dos enfermeiros graduados é maior que o nível médio de *stress* dos enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes. Podemos concluir, que quanto mais elevada a categoria profissional menor o nível de *stress*. Este resultado está em linha com Vaz Serra (2007), que refere que quanto maior a experiência profissional e a participação nas decisões (que decorrerá da categoria profissional), menor o nível de *stress*.

Para análise do tempo de exercício de funções como enfermeiro, consideraram-se quatro grupos: até 5 anos; 6-10 anos; 11-20 anos; >20 anos. Verifica-se que o grupo que apresenta menor nível médio de *stress* é o que tem o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos. O grupo dos 6-10 anos apresenta maior nível médio de *stress* do que todos os outros. Os restantes grupos não apresentam diferenças significativas entre si. Este resultado é similar ao obtido no teste, quanto à idade, o que obriga a algumas precauções: empiricamente, haverá uma correlação elevada entre tempo de serviço e idade.

Para análise do tempo de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente, consideraram-se igualmente quatro grupos: até 3 anos; 4-5 anos; 6-10 anos; >10 anos. Os

enfermeiros com tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos apresentam menor nível médio de *stress* e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço entre 6-10 anos apresentam maior nível médio de *stress*. Os restantes grupos não apresentam diferenças significativas entre si. Resumindo, a maior permanência no serviço está associada a um maior nível de *stress*.

Considerando o vínculo, há 38 enfermeiros Contratados e 72 enfermeiros no Quadro. Verifica-se que não há diferenças significativas quanto ao nível médio de *stress*.

Quanto ao regime laboral há 10 enfermeiros com horário de trabalho fixo e 100 com horário de trabalho por turnos. Verifica-se que o nível médio de *stress* dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que tem um horário de trabalho fixo. Este resultado está em linha com outros estudos sobre o assunto. Silva e Silvério (1997: 233) referem que “o trabalho por turnos é vivenciado por muitos enfermeiros como um problema médico, psicológico e sócio-familiar com elevados custos”

Os enfermeiros que acumulam funções são 27, os que não acumulam são 83, verificando-se que não há diferenças significativas quanto aos níveis médios de *stress*.

Relativamente ao tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho, consideraram-se três grupos: até 15 minutos; 16-30 minutos; mais de 30 minutos. Verifica-se que o *stress* mínimo corresponde a tempos até aos 15 minutos, aumentando com a duração da deslocação. Este teste vem realçar o peso de agentes não directamente relacionados com o trabalho. Resumindo quanto maior o tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho maior o nível médio de *stress*.

O ambiente relacional no seu local de trabalho foi classificado pelos inquiridos em quatro opções: Medíocre; Aceitável; Bom; Muito Bom. Verifica-se uma relação perfeita entre o nível de *stress* e qualidade do ambiente relacional: o grupo que considera o ambiente de trabalho “Muito Bom” é o que apresenta menores níveis de *stress*. De acordo com Blegen (1993) citado por Vaz Serra (2007: 599), após uma revisão de 48 estudos referentes a 15.048 enfermeiros, testemunhou que “quanto maior o *stress* menor a satisfação sentida no trabalho; por sua vez, a satisfação com o trabalho decorre de forma paralela com o envolvimento na organização”.

Os enfermeiros que praticam desporto são 39, os que não praticam são 71. Verifica-se que não há diferenças significativas quanto aos níveis médios de *stress*.

Os enfermeiros que praticam actividades lúdicas são 49, os que não praticam são 61. Verifica-se que não há diferenças significativas quanto aos níveis médios de *stress*.

#### 7.4. Análise da *Nursing Stress Scale* (NSS)

A escala NSS permite a identificação de sete factores de *stress* relacionados com três tipos de ambiente.

Assim:

- Factor I é referente a **Morte e Sofrimento** e inclui os itens 3, 4, 6, 8, 12, 13, 21.
- Factor II corresponde a **Conflito com médicos** e engloba os itens 2, 9, 10, 14, 19.
- Factor III corresponde a **Preparação inadequada** ao qual se referem os itens 15, 18, 23.
- Factor IV é referente à **Falta de Apoio**, englobando os itens 7, 11, 16.
- Factor V corresponde ao **Conflito com colegas e superiores** e inclui os itens 5, 20, 22, 24, 29.
- Factor VI é referente à **Carga de trabalho** relacionado com os itens 1, 25, 27, 28, 30, 34.
- Factor VII relacionado com a **Incerteza de tratamentos** e inclui os itens 17, 26, 31, 32, 33.

Quanto aos tipos de ambiente, os factores I, III, IV, VII estão relacionados com o ambiente psicológico, o factor VI relacionado com o ambiente físico e os factores II e V relacionados com o ambiente social do hospital<sup>13</sup>.

Seguidamente vamos analisar as respostas, para cada um dos factores.

##### **Factor I – Morte e Sofrimento**

Para Gomes (1992) a doença grave tem um grande impacto quer nos utentes quer nas suas famílias. Também a equipa terapêutica sente a repercussão emocional dessa realidade. Segundo Fontes *et al.* (1995:7) "o contacto contínuo com a morte de doentes provoca sentimentos de *stress* e de acordo com estes autores, a comunicação da morte do utente à família coloca o enfermeiro sobre grande *stress*."

Verifica-se que o serviço de Medicina apresenta o valor mais elevado da tabela e os serviços de Bloco Operatório e Oftalmologia apresentam os menores valores. Estes resultados estarão de acordo com a dinâmica própria de cada serviço: no serviço de Medicina são tratados casos de utentes em estado terminal ou sem diagnóstico definido, por vezes em situação de

---

<sup>13</sup> As respostas desta escala encontram-se no Anexo 8, e o seu tratamento estatístico encontra-se no Anexo 15.

dependência e sofrimento; no outro extremo temos o Bloco Operatório que é um serviço em que o utente permanece relativamente pouco tempo, apenas o tempo para ser anestesiado, operado e de estabilizar na unidade de recobro. Na Oftalmologia, o contacto com a morte e sofrimento é reduzido.

O nível médio de *stress* por morte e sofrimento nos homens não é significativamente diferente do das mulheres.

A faixa etária 24-30 anos apresenta maior nível médio de *stress* por morte e sofrimento, ao contrário da faixa etária >45 anos que apresenta o menor nível médio de *stress* por morte e sofrimento.

Os elementos do grupo dos solteiros são os que apresentam maior nível médio de *stress* por morte e sofrimento; em contrapartida, os divorciados/separados apresentam menor nível médio de *stress* por morte e sofrimento. No entanto, este resultado deve ser visto com cautela, dada a elevada correlação empírica entre escalão etário 24-30 anos e ser solteiro.

Quanto à categoria profissional, o nível médio de *stress* por morte e sofrimento é maior nos enfermeiros nível 1 e menor nos enfermeiros graduados. Não há diferenças significativas nas outras categorias.

Quanto ao tempo de serviço, verifica-se que os enfermeiros que apresentam menor nível médio de *stress* por morte e sofrimento são os que tem entre 11-20 ou mais anos de tempo de serviço, os enfermeiros que apresentam maior nível de *stress* são os que têm o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos. Estes resultados permitem considerar a existência de um tempo de corte, na ordem dos 10-11 anos. Um profissional, a partir dos 10 anos de serviço, encara a morte e sofrimento de maneira diferente.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos no serviço em que se encontra actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por morte e sofrimento, e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço superior a 10 anos apresenta menor nível médio de *stress* por morte e sofrimento.

Quanto ao vínculo, verifica-se que o grupo dos enfermeiros que apresenta o maior nível médio de *stress* por morte e sofrimento é os dos contratados.

O nível médio de *stress* por morte e sofrimento dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que prestam serviço fixo.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por morte e sofrimento relativamente aos que não acumulam.

## **Factor II - Conflito com médicos**

Segundo Heim (1992), os enfermeiros passam por condições de *stress* ainda mais intensas do que os médicos. Essas condições de *stress* são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que tem de prestar continuamente aos utentes, seguidos de conflitos de equipa, ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade. Verifica-se que o nível médio de *stress* por conflito com médicos varia de serviço para serviço. Os serviços de Urgência e Medicina apresentam os valores mais elevados e o serviço de Oftalmologia e Pneumologia apresentam os menores valores.

Aparentemente, a maior conflituosidade corresponde aos serviços em que a interacção dos diferentes profissionais é maior.

O nível médio de *stress* com os médicos não é significativamente diferente nos elementos do sexo masculino e feminino. A faixa etária dos 24-30 anos apresenta maior nível médio de *stress* por conflito com médicos, ao contrário da faixa etária dos 31-45 anos que apresenta o menor nível médio de *stress* por conflito com médicos. Uma explicação para estes resultados poderá ser pelo facto de possuírem menor maturidade, maior intolerância, maior “insubordinação” ou uma maior dificuldade de inserção numa cadeia hierárquica funcional.

Os elementos do grupo dos solteiros são os que apresentam maior nível médio de *stress* por conflito com médicos; em contrapartida os casados/união de facto apresentam menor nível médio de *stress* por conflito com médicos.

O grupo dos elementos solteiros apresenta maior nível médio de *stress* por conflito com médicos. Em contrapartida, o grupo dos casados/união de facto apresenta o menor nível médio de *stress* por conflito com médicos.

O nível médio de *stress* por conflito com médicos é maior nos enfermeiros nível 1 e menor nos enfermeiros especialistas e chefes.

O grupo que apresenta menor nível médio de *stress* por conflito com médicos é o que tem o tempo de serviço superior a 20 anos; o que apresenta maior é o que tem o tempo de serviço entre 6-10 anos. Há um “corte” quanto ao nível médio de *stress* por conflito com médicos, que se atinge com cerca de 10 anos de tempo de exercício.

O grupo dos enfermeiros com permanência inferior ou igual a 3 anos no serviço em que se encontram actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por conflito com médicos, e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço superior a 10 anos apresenta menor nível médio de *stress* por conflito com médicos. Este resultado é idêntico ao do quadro anterior, salientando-se também o tempo de corte, 10 anos no exercício de funções.

O grupo dos enfermeiros que apresenta o maior nível médio de *stress* por conflito com médicos, quanto ao vínculo é o que se encontra a contrato, o que apresenta menor é o que se encontra no quadro.

Não há diferenças significativas do nível médio de *stress* por conflito com médicos quanto ao regime laboral, embora, o nível médio de *stress* por conflito com médicos dos elementos que prestam trabalho por turnos seja superior, ao dos elementos que prestam serviço fixo.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por conflito com médicos relativamente aos que não acumulam.

O grupo que considera o ambiente de trabalho “Bom” é o que apresenta menores níveis de *stress*, e o que considera o ambiente de trabalho “Medíocre” apresenta maiores níveis de *stress*.

### **Factor III - Preparação Inadequada**

O nível médio de *stress* por preparação inadequada é significativamente maior no serviço de Medicina e menor no Bloco Operatório.

O nível médio de *stress* por preparação inadequada no grupo dos homens não é significativamente diferente ao das mulheres.

A faixa etária 31-45 apresenta maior nível médio de *stress* por preparação inadequada, ao contrário da faixa etária >45 que apresenta o menor nível médio de *stress* por preparação inadequada.

O grupo dos solteiros é o que apresenta maior nível médio de *stress* por preparação inadequada. Em contrapartida os divorciados/separados apresentam menor nível médio de *stress* por preparação inadequada.

O nível médio de *stress* por preparação inadequada é maior nos enfermeiros nível 1 e menor nos enfermeiros especialistas e chefes.

O grupo que apresenta menor nível médio de *stress* por preparação inadequada é o que tem entre 11-20 anos de tempo de serviço, o que apresenta maior é o que tem o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos. A análise dos testes estatísticos é algo surpreendente; verifica-se que há um tempo de corte (10 anos) que diferencia o nível de *stress* médio entre os grupos (0-10) e (11-20). O grupo (> 20) não ocupa a posição esperada, que deveria corresponder a um menor *stress*, por preparação inadequada. Uma possível explicação poderá ser a não adaptação ao “choque” tecnológico, ou seja, os jovens adaptam-se, os mais velhos já não se adaptam.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de permanência entre 4-5 anos no serviço em que se encontram actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por preparação inadequada e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço superior a 10 anos no mesmo serviço apresenta menor nível médio de *stress* por preparação inadequada.

Os enfermeiros que apresentam o maior nível médio de *stress* por preparação inadequada, quanto ao vínculo, são os que se encontram a contrato.

Não há diferenças significativas do nível médio de *stress* por preparação inadequada quanto ao regime laboral.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por preparação inadequada relativamente aos que não acumulam.

#### **Factor IV – Falta de Apoio**

Segundo Vaz Serra (2007: 604), um dos vários factores susceptíveis de induzir *stress* é a “falta de apoio social, por parte de superiores hierárquicos ou de familiares”. Leal (1987: 98) considera “fundamental a partilha de problemas com os colegas, para que não se sintam sozinhos na resolução de determinados problemas”.

O nível médio de *stress* por falta de apoio varia de serviço para serviço. O valor mais elevado do nível médio de *stress* por falta de apoio corresponde aos serviços de Medicina e de Urgência, o valor menor corresponde ao serviço de Bloco Operatório.

O nível médio de *stress* por falta de apoio nos homens não é significativamente diferente do das mulheres.

A faixa etária 31-45 apresenta maior nível médio de *stress* por falta de apoio, ao contrário da faixa etária >45 que apresenta o menor nível médio de *stress* por falta de apoio.

Os enfermeiros divorciados/separados são os que apresentam maior nível médio de *stress* por falta de apoio; os casados/união de facto apresentam menor nível médio de *stress* por falta de apoio. O nível médio de *stress* por falta de apoio dos elementos casados/união de facto é superior ao nível médio de *stress* dos elementos solteiros.

O nível médio de *stress* por falta de apoio é maior nos enfermeiros nível 1 e menor nos enfermeiros especialistas/chefes.

O grupo dos enfermeiros que apresenta maior nível médio de *stress* por falta de apoio é o que tem entre 6-10 anos de tempo de serviço, o que apresenta menor é o que tem o tempo de serviço entre 11-20 anos. Verifica-se o fenómeno de “corte”, para um tempo de serviço igual a 10 anos.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos no serviço em que se encontra actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por falta de apoio, e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço superior a 10 anos apresenta menor nível médio de *stress* por falta de apoio.

Quanto ao vínculo não há diferenças significativas do nível médio de *stress*.

O nível médio de *stress* por falta de apoio dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que prestam serviço fixo.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por falta de apoio relativamente aos que não acumulam.

O grupo que considera o ambiente de trabalho “Bom” apresenta menor nível médio de *stress* por falta de apoio do que o que considera o ambiente de trabalho “Aceitável”.

### **Factor V - Conflito com colegas e superiores**

Vaz Serra (2007: 604) refere que uma “má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisores; insatisfação com a forma como o profissional de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou com a instituição e dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas são factores que são susceptíveis de induzir *stress*”.

O nível médio de *stress* de cada serviço por conflito com colegas e superiores distribui-se por dois níveis distintos. O nível mais elevado corresponde aos serviços de Urgência, Bloco Operatório e Medicina. O nível mais baixo corresponde aos serviços de Oftalmologia e Pneumologia.

O nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores nos homens não é significativamente diferente do das mulheres.

A faixa etária 31-45 apresenta maior nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores, ao contrário da faixa etária >45 que apresenta o menor nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores.

Os elementos do grupo dos solteiros são os que apresentam maior nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores em contrapartida os divorciados/separados apresentam menor nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores.

O nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores é maior nos enfermeiros graduados e menor nos enfermeiros especialistas/chefes.



O grupo que apresenta maior nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores é o que tem entre 6-10 anos de tempo de serviço, o que apresenta menor é o que tem mais de 20 anos de tempo de serviço. Neste caso verifica-se que o tempo de “corte” será de 20 anos.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço entre 6-10 anos no serviço em que se encontram actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores, e o grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço entre 4-5 anos apresenta menor nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores.

O grupo dos enfermeiros que apresenta o maior nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores quanto ao vínculo é o que se encontra no quadro.

O nível médio de *stress* por conflito com colegas e superiores dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que prestam serviço fixo.

O grupo que considera o ambiente de trabalho “Bom” é o que apresenta menores níveis de *stress*, e o que considera o ambiente de trabalho “Medíocre” apresenta maiores níveis de *stress*.

## **Factor VI - Carga de trabalho**

Quando abordámos o *stress*, particularmente na saúde, verificámos que os papéis multitarefas e a desordem das mesmas são factores susceptíveis de fomentar uma situação indutora de *stress*. A concretização das tarefas depende também dos recursos disponibilizados pela organização. Desta forma, deve-se ter em consideração a adequação ou não dos recursos existentes. Torna-se fundamental que estes sejam adequados e permitam a sustentabilidade das suas intervenções, pois a escassez de recursos interfere directamente com o desempenho das tarefas e pode ocasionar situações indutoras de *stress* entre os membros da equipa de enfermagem. Vaz Serra (2007: 604) refere que um dos vários factores passíveis de induzir *stress* nos profissionais de enfermagem é a “existência da sobrecarga de trabalho, que consiste num número demasiado elevado de tarefas para serem desempenhadas ao mesmo tempo, que são muita vez consequência da escassez de pessoal”.

Gray-Toft e Anderson (1981), citados por McIntyre (1994), num estudo sobre o *stress* em enfermeiros, reconheceram a sobrecarga de trabalho como uma das principais situações indutoras de *stress*. Os autores mencionam como causas de sobrecarga de trabalho stressores de ordem organizacional, como conflitos e ambiguidades de papel, linhas múltiplas de autoridade e o nível de responsabilidade. Na maioria das vezes a responsabilidade não é

acompanhada da possibilidade de tomar ou incutir decisões, o que aumenta o *stress* percebido.

O nível médio de *stress* por carga de trabalho varia de serviço para serviço. Os serviços de Oftalmologia e Bloco Operatório apresentam os valores menores. Os serviços de Medicina e Urgência apresentam os valores mais elevados. Não há diferenças significativas, quando se comparam os enfermeiros do serviço de Bloco Operatório com os do serviço de Oftalmologia; do serviço de Medicina com os do serviço de Urgência.

O nível médio de *stress* por carga de trabalho nos homens é significativamente superior ao das mulheres.

A faixa etária 24-30 apresenta maior nível médio de *stress* por carga de trabalho, ao contrário da faixa etária >45 que apresenta o menor nível médio de *stress* por carga de trabalho. Conclui-se que o nível médio de *stress* quanto à carga de trabalho varia em função do grupo etário. O *stress* por carga de trabalho decresce com o aumento da idade: grupo etário 24-30, grupo 31-45 e grupo >45. Estes resultados estão de acordo com o esperado, aumentando a idade aumenta a capacidade de gestão do trabalho.

O grupo dos elementos solteiros é o que apresenta maior nível médio de *stress* por carga de trabalho. Em contrapartida o grupo dos elementos divorciados/separados apresenta menor nível médio de *stress* por carga de trabalho. Não há diferenças significativas entre casados/união de facto e divorciados/separados.

O nível médio de *stress* por carga de trabalho é maior nos enfermeiros nível 1 e menor nos enfermeiros especialistas/chefes. O *stress* por carga de trabalho decresce com o aumento da categoria profissional: enfermeiro nível 1, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista/chefe. Estes resultados estão de acordo com o esperado, aumentando a categoria profissional aumenta a capacidade de gestão do trabalho e diminui o *stress*.

O grupo que apresenta maior nível médio de *stress* por carga de trabalho é o que tem o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos e o que apresenta o menor nível médio de *stress* por carga de trabalho é o que tem mais de 20 anos de tempo de serviço. Os restantes grupos não apresentam diferenças significativas entre si, embora se verifique que o nível médio de *stress* por carga de trabalho diminui com o aumento de tempo de serviço.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço entre 4-5 anos no serviço em que se encontram actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por carga de trabalho e o grupo dos enfermeiros com mais de 10 anos de serviço apresenta menor nível médio de *stress* por carga de trabalho.

O grupo dos enfermeiros que apresenta o maior nível médio de *stress* por carga de trabalho quanto ao vínculo é os que se encontram a contrato.

O nível médio de *stress* por carga de trabalho dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que prestam serviço fixo.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por carga de trabalho do que os enfermeiros que não acumulam.

O grupo que considera o ambiente de trabalho “Bom” é o que apresenta menores níveis de *stress*, e os que consideram o ambiente de trabalho “Medíocre” e “Muito Bom” apresentam maiores níveis de *stress*.

### **Factor VII - Incerteza de tratamentos**

O nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos varia de serviço para serviço. Os serviços de Medicina e Urgência apresentam os valores mais elevados. Os serviços de Bloco Operatório e Pneumologia apresentam os valores menores.

O nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos nos homens não é significativamente diferente do das mulheres.

O grupo de enfermagem que apresenta maior nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos é o da faixa etária 24-30 e o que apresenta o menor nível de *stress* é o grupo de enfermagem da faixa etária >45. Para as restantes comparações, verifica-se que não há diferenças significativas.

O grupo dos enfermeiros solteiros é o que apresenta maior nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos; os divorciados/separados apresentam menor nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos.

O nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos é maior no grupo dos enfermeiros nível 1 e menor no grupo dos enfermeiros graduados. Nos restantes grupos não há diferenças significativas.

O grupo de enfermeiros que apresenta maior nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos é o que tem o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos e o que apresenta o menor nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos é o que tem entre 11-20 anos de tempo de serviço. Verifica-se a existência de dois níveis distintos, associados a um tempo de “corte” de 10 anos.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos no serviço em que se encontram actualmente, apresenta o maior nível médio de *stress* por incerteza de

tratamentos, e o grupo dos enfermeiros com mais de 10 anos de serviço apresenta menor nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos.

O grupo dos enfermeiros que apresenta o maior nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos quanto ao vínculo é o dos contratados.

O nível médio de *stress* por carga de trabalho dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que prestam serviço fixo.

Os enfermeiros que acumulam funções apresentam maior nível médio de *stress* por incerteza de tratamentos do que os enfermeiros que não acumulam.

O grupo que considera o ambiente de trabalho “Aceitável” é o que apresenta maiores níveis de *stress* por incerteza de tratamentos, e o que considera o ambiente de trabalho “Medíocre” apresenta menores níveis de *stress*. Os diferentes grupos não apresentam diferenças significativas.

### 7.5. Análise da Escala de Estratégias de *Coping* (WCQ)

A escala de estratégias de *coping* é composta por 48 itens que avaliam as 8 dimensões que traduzem diferentes formas de lidar com situações de *stress*: auto-controlo (7 itens); procura de suporte social (7 itens); fuga, evitamento (7 itens); resolução planeada do problema (6 itens); reavaliação positiva (7 itens); assumir a responsabilidade (3 itens); *coping* confrontativo (6 itens) e distanciamento (5 itens). Trata-se de uma escala ordinal tipo Lickert com quatro opções que varia de 0 a 3<sup>14</sup>.

Como vimos no terceiro capítulo, o *stress* descreve uma relação desfavorável entre o indivíduo e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de resolução de problemas (*coping*) constituem um factor mediador dos efeitos que os acontecimentos sociais podem exercer sobre o indivíduo e correspondem a acções deste que tem por fim diminuir a “carga” física, emocional e psicológica associada a acontecimentos indutores de *stress* (Lazarus, 1999; Meichenbaum & Turk, 1982; Pearlin & Schooler, 1978; Snyder Dinoff, 1999). Assim quanto maiores os recursos de *coping*, menor a intensidade de *stress* e respostas de *stress*.

De seguida, vamos verificar se há evidência estatística que permita assumir que as estratégias de *coping* analisadas cada uma *de per se* apresentam diferenças quanto ao serviço, ao género,

---

<sup>14</sup> Os resultados desta escala encontram-se no Anexo 10, e o tratamento estatístico encontra-se no Anexo 16.

à idade, ao estado civil, à categoria profissional, ao tempo de exercício de funções como enfermeiro, ao tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente, ao tipo de vínculo à instituição, ao regime de horário laboral, à acumulação de funções noutra local de trabalho, ao tempo que demora na deslocação entre a sua residência e o local de trabalho e ao ambiente relacional.

A estratégia de *coping* mais utilizada no serviço de Urgência é assumir a responsabilidade, e a menos utilizada é fuga, evitamento. A estratégia de *coping* mais usada no serviço de Bloco Operatório é assumir a responsabilidade, e a menos usada é a reavaliação positiva. A estratégia de *coping* mais habitual no serviço de Oftalmologia é assumir a responsabilidade, e a menos habitual é a fuga, evitamento. A estratégia de *coping* mais utilizada no serviço de Pneumologia é a resolução planeada do problema, e a menos utilizada é a fuga, evitamento. A estratégia de *coping* mais frequente no serviço de Medicina é a resolução planeada do problema e a menos frequente é a fuga, evitamento.

A estratégia de *coping* “auto-controlo” é a mais utilizada pelos enfermeiros no serviço de Pneumologia do que nos restantes serviços, com excepção do serviço de Bloco Operatório. Vimos também que, de acordo com o estudo empírico nesta área, os factores pessoais aumentam a resistência ao *stress*, ligando-se a estratégias de *coping* que favorecem a adaptação, a saúde e o bem estar em geral do indivíduo, poderão operar através de mecanismos comuns, como a percepção e expectativas generalizadas de controlo e as expectativas percebidas de auto-eficácia (Holahan e Moos, 1994).

A estratégia de *coping* “suporte social” não apresenta diferenças entre serviços.

A estratégia de *coping* “fuga, evitamento” é mais utilizada pelos enfermeiros no serviço de Bloco Operatório do que nos restantes serviços enquanto que a resolução a resolução planeada é a mais utilizada pelos enfermeiros no serviço de Pneumologia. Mitchell, Cronkite e Moss (1983) demonstraram que os indivíduos com tendência a utilizar estratégias de resolução de problemas tem menor tendência do que os outros de ficarem deprimidos.

A estratégia de *coping* “reavaliação positiva” é a menos utilizada pelos enfermeiros no serviço de Bloco Operatório.

A estratégia de *coping* “assumir a responsabilidade” é a mais utilizada pelos enfermeiros no serviço de Medicina e no serviço de Oftalmologia, do que no serviço de Bloco Operatório.

A estratégia de *coping* “coping confrontativo” é a mais utilizada no serviço de Bloco Operatório.

Os serviços de Oftalmologia e Urgência são os que menos usam a estratégia de *coping* “distanciamento”, e os serviços que mais a utilizam são o Bloco Operatório e Pneumologia.

Quanto ao género feminino a estratégia de *coping* mais utilizada é a assumir a responsabilidade. Relativamente ao género masculino a estratégia de *coping* mais utilizada é a resolução planeada do problema. Para ambos os sexos, a menos usada é a fuga, evitamento. O comportamento dos homens é significativamente diferente do das mulheres quanto ao assumir a responsabilidade. O comportamento dos homens não é significativamente diferente do das mulheres quanto: ao auto-controlo; à procura de suporte social; à resolução planeada do problema; à reavaliação positiva; ao *coping* confrontativo; ao distanciamento.

As estratégias de *coping* mais utilizadas entre o grupo de enfermeiros dos 24-30 anos, 31-45 anos e com >45 é assumir a responsabilidade, e a menos utilizada é a fuga, evitamento.

O grupo dos enfermeiros com >45 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “procura de suporte social” do que os restantes grupos de enfermeiros. O grupo dos enfermeiros com 31-45 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que os restantes grupos de enfermeiros. O grupo de enfermeiros com 31-45 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “distanciamento” do que o grupo dos enfermeiros >45.

O grupo dos enfermeiros divorciados/separados utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que o grupo dos enfermeiros solteiros. O grupo dos enfermeiros divorciados/separados utiliza mais a estratégia de *coping* “reavaliação positiva”. O grupo dos enfermeiros casados/união de facto são os que a utilizam menos. O grupo dos enfermeiros divorciados/separados utiliza mais a estratégia de *coping* “assumir a responsabilidade”. O grupo dos enfermeiros casados/união de facto são os que a utilizam menos. O grupo dos enfermeiros divorciados/separados utiliza mais a estratégia de *coping* “*coping* confrontativo”. O grupo dos enfermeiros casados/união de facto são os que a utilizam menos. A estratégia de *coping* mais utilizada entre o grupo de enfermeiros nível 1, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas/chefes, é assumir a responsabilidade, e a menos frequente é a fuga, evitamento.

O grupo dos enfermeiros graduados utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que o grupo dos enfermeiros nível 1. O grupo dos enfermeiros especialistas/chefes utiliza mais a estratégia de *coping* “resolução planeada do problema” do que o grupo dos enfermeiros graduados. O grupo dos enfermeiros nível 1 utiliza mais a estratégia de *coping* “assumir a responsabilidade” do que o grupo dos enfermeiros graduados, pois estes usam mais a estratégia de *coping* “distanciamento” do que o grupo dos enfermeiros nível 1.

A estratégia de *coping* mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com menos de 5 anos de exercício de funções é assumir a responsabilidade; a mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com 6-10 anos de exercício de funções é a resolução planeada do problema; a

mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com 11-20 anos de exercício de funções é assumir a responsabilidade; a mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com mais de 20 anos de exercício de funções, é assumir a responsabilidade. O grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções >20 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “procura de suporte social” do que o grupo dos enfermeiros com tempo de exercício de funções entre 6-10 anos. Relativamente aos grupos de enfermeiros com menos de 5 anos, com 6-10 anos, com 11-20 anos, com >20 anos de exercício de funções a estratégia de *coping* menos utilizada é a fuga, evitamento.

A estratégia de *coping* mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com 3 anos de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente é assumir a responsabilidade; a mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com 4-5 anos de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente é assumir a responsabilidade; a mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com 6-10 anos de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente, é assumir a responsabilidade; a mais utilizada entre o grupo de enfermeiros com mais de 10 anos de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente é assumir a responsabilidade. Relativamente aos grupos de enfermeiros com 3 anos, com 4-5 anos, com 6-10 anos, com mais de 10 anos de exercício de funções no serviço em que se encontram actualmente a estratégia de *coping* menos utilizada é a fuga, evitamento.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente inferior ou igual a 3 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “procura de suporte social” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções entre 4-5 anos e 6-10 anos. O grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente entre 6-10 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que os restantes grupos de enfermeiros ( $p=94,33\%$ ). O grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente inferior ou igual a 3 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “resolução planeada do problema” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções entre 4-5 anos e 6-10 anos. O grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra actualmente igual ou inferior a 3 anos utiliza mais a estratégia de *coping* “assumir a responsabilidade” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de exercício de funções entre 4-5 anos e 6-10 anos.

A estratégia de *coping* mais utilizada pelo grupo de enfermeiros a Contrato e no Quadro, é assumir a responsabilidade, e a menos utilizada é a fuga, evitamento. O comportamento dos enfermeiros a Contrato é significativamente diferente do dos enfermeiros no Quadro quanto:

à fuga, evitamento; ao distanciamento. O comportamento dos enfermeiros a Contrato não é significativamente diferente do dos enfermeiros no Quadro quanto: ao auto-controlo; à procura de suporte social; à resolução planeada do problema; à reavaliação positiva; ao assumir responsabilidade; ao *coping* confrontativo.

A estratégia de *coping* mais utilizada pelo grupo de enfermeiros em regime laboral fixo, é a resolução planeada do problema e pelo grupo de enfermeiros em regime laboral por turnos, é assumir a responsabilidade. A menos frequente em ambos os grupos é a fuga, evitamento. Não há diferenças significativas nas estratégias de *coping*, quanto ao regime laboral.

O comportamento dos enfermeiros que acumulam funções é significativamente diferente do dos enfermeiros que não acumulam quanto: ao auto-controlo; ao suporte social.

O comportamento dos enfermeiros que acumulam funções não é significativamente diferente do comportamento dos enfermeiros que não acumulam, quanto: à fuga, evitamento; à resolução planeada do problema; à reavaliação positiva; ao assumir responsabilidade; ao *coping* confrontativo; ao distanciamento.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação para o serviço entre 16-30 minutos utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação inferior ou igual a 15 minutos.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação para o serviço inferior ou igual a 15 minutos utiliza mais a estratégia de *coping* “resolução planeada do problema” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação entre 16-30 minutos.

O grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação para o serviço inferior ou igual a 15 minutos utiliza mais a estratégia de *coping* “assumir a responsabilidade” do que o grupo dos enfermeiros com o tempo de deslocação entre 16-30 minutos.

O grupo dos enfermeiros que considera o ambiente relacional no seu local de trabalho “Medíocre” utiliza mais a estratégia de *coping* “fuga, evitamento” do que o grupo dos enfermeiros que considera o ambiente relacional no seu local de trabalho “Bom”.

O grupo dos enfermeiros que considera o ambiente relacional no seu local de trabalho “Muito Bom” utiliza mais a estratégia de *coping* “reavaliação positiva” do que o grupo dos enfermeiros que considera o ambiente relacional no seu local de trabalho “Bom”.

Na segunda parte da escala de Estratégias de Coping (WCQ) era solicitada a cada enfermeiro a descrição de uma situação stressante que viveu.

Esta parte foi respondida por 86 elementos. As respostas foram classificadas de acordo com os grupos de factores de *stress* da escala Nursing Stress Scale (NSS).



Os resultados são os seguintes:

**Quadro7.4:** Classificação da situação stressante enunciada

Serviços Factores	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
<b>Urgência</b>	13	1	3	4	5	2	2
<b>Bloco Operatório</b>	3	1	3	2	2	1	2
<b>Oftalmologia</b>	2	0	0	1	3	1	0
<b>Pneumologia</b>	6	0	3	2	1	2	0
<b>Medicina</b>	7	3	1	3	3	3	1
<b>Total</b>	31	5	10	12	14	9	5
<b>%</b>	36%	6%	12%	14%	16%	10%	6%

A tipologia mais referida, nas situações stressantes descritas, foi a Morte e sofrimento (F1) com 36%, seguindo-se o Conflito com colegas e superiores (F5), com 16%; a Falta de apoio (F4), com 14%; a Preparação inadequada (F3), com 12%; a Carga de trabalho (F6), com 10%; o Conflito com médicos (F2), com 6% e por fim a Incerteza de tratamentos (F7), com 6%.

## 7.6. Análise integrada de escalas

Com a análise integrada de todas as escalas, procura-se descrever o perfil-tipo do enfermeiro(a) com níveis médios de *stress* mais elevados; e do enfermeiro(a) com níveis médios de *stress* mais baixos.

Numa segunda análise, procura-se uma solução de gestão de *stress*, preventiva, considerando a população analisada e a sua situação actual: quais as mudanças aconselhadas, para reduzir os níveis de *stress* actuais.

Numa terceira análise, procura-se identificar os factores de *stress* dominantes (que surgem da análise da escala Nursing Stress Scale) e as estratégias de *coping* relevantes, associados aos menores e maiores níveis de *stress*.

O perfil - tipo do enfermeiro(a) com níveis médios de *stress* **mais elevados** é o seguinte: mulher, do serviço de Oftalmologia, na faixa etária 31-45, divorciada/separada, enfermeira graduada, com 6 a 10 anos de serviço total e com mais de 6 anos no serviço em que se encontra actualmente, no Quadro, a trabalhar por turnos; com acumulação de funções;

considera o ambiente de trabalho “Medíocre”; o tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho é igual ou superior a 30 minutos; não pratica desporto e não tem actividades lúdicas.

O perfil - tipo do enfermeiro/a com níveis médios de *stress* **mais baixos** é o seguinte: homem, do serviço de Pneumologia, na faixa etária 24-30, solteiro com tempo de serviço inferior a 5 anos e com menos de 3 anos no serviço em que se encontra actualmente, a trabalhar em regime fixo, sem acumulação de funções, considera o ambiente de trabalho “Muito Bom”; o tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho, é inferior a 15 minutos; pratica desporto e tem actividades lúdicas.

As conclusões obtidas permitem definir um conjunto de mudanças que, tendencialmente, poderão contribuir para a redução global dos níveis de *stress*. Assim:

- rotatividade de serviço e não permanência de mais de 3 anos no mesmo serviço;
- trabalhar em regime fixo;
- não acumular funções;
- contribuir para a mudança do ambiente de trabalho;
- adoptar estratégias de “sucesso”: Procura de Suporte Social, Resolução Planeada dos Problemas, Reavaliação Positiva e Assumir a Responsabilidade;
- mudar de residência, para reduzir o tempo de deslocação entre a residência e o local de trabalho;
- praticar desporto;
- ter actividades lúdicas.

Os factores de *stress* dominantes, que coexistem nas observações com um nível de *stress* mais elevado são os factores Morte e sofrimento, Preparação inadequada e Carga de trabalho. Em termos de estratégias de *coping*, verifica-se que os elementos com um nível de *stress* mais elevado fazem um uso intensivo de todas as estratégias.

Para as observações com um nível de *stress* menor verifica-se o uso das estratégias de *coping* Procura de suporte social, Resolução planeada dos problemas, Reavaliação positiva e Assumir a responsabilidade.

A estratégia de *coping* Distanciamento é pouco utilizada por todos, o que é indiciador de um elevado profissionalismo e comportamento ético.

## CONCLUSÕES

O *stress* ocupacional é, actualmente, um problema de saúde pública, responsável por custos directos e indirectos notáveis. Atendendo ao impacto crescente do *stress* na saúde, qualidade de vida, e economia em geral, torna-se impreterível intervir na sua gestão.

A adaptação do indivíduo à sua ocupação reporta-se não só às tarefas que tem de realizar mas também ao relacionamento com os outros, tanto com os seus pares como com os seus superiores hierárquicos ou com os utentes. No caso dos profissionais de saúde, pretende-se que a relação com os utentes – que estarão, justificadamente, com os níveis de *stress* elevados, angustiados e num espaço que lhes é desconhecido – seja ela própria redutora de *stress*. Ao apresentarem menores níveis de *stress* e estratégias de *coping* mais adequadas, os profissionais de saúde poderão estar em melhores condições para exercerem as suas funções, contribuindo para melhorar os cuidados prestados ao utente. Nesta perspectiva, definiram-se como objectivos do trabalho a identificação do nível de *stress* existente nos grupos de profissionais de enfermagem, em diferentes serviços, as situações indutoras de *stress* nestes grupos de profissionais de enfermagem e as estratégias utilizadas por estes grupos de profissionais de saúde para lidar com situações de *stress*.

A amostra utilizada, 110 enfermeiros, considera-se representativa da população total do Centro Hospitalar de Coimbra. Os resultados obtidos com a escala (PSS) apontam para um nível médio global de *stress* ligeiramente acima do valor de corte. Estes resultados estão de acordo com os estudos sobre o *stress* para diferentes grupos profissionais, que apontam para níveis elevados nos profissionais de saúde e nos professores.

Verifica-se que há diferenças no nível de *stress*, por serviços: o grupo dos enfermeiros do serviço de Oftalmologia e Medicina apresenta o maior nível médio de *stress* e o grupo dos enfermeiros do serviço de Pneumologia apresenta o menor nível.

Relativamente ao sexo, verifica-se que o nível de *stress* nas mulheres é significativamente superior ao dos homens.

Estudando os resultados, quanto às faixas etárias, verifica-se que o nível de *stress* da faixa etária 31-45 é maior que o nível de *stress* da faixa etária 24-30. O nível médio de *stress*, nas restantes faixas, não apresenta diferenças significativas.

Analizando a influência do estado civil nos níveis de *stress*, verifica-se que o nível de *stress* dos elementos solteiros é inferior ao nível de *stress* dos elementos casados/união de

facto e dos elementos divorciados/separados. O nível de *stress* dos elementos divorciados/separados é superior ao dos outros grupos.

A análise das categorias profissionais permite-nos verificar que não há diferenças significativas entre o nível médio de *stress* dos enfermeiros nível 1 e dos enfermeiros graduados. O nível médio de *stress* dos enfermeiros nível 1 e dos enfermeiros graduados é maior que o nível médio de *stress* dos enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes. O que pode ser explicado pelo facto de quanto maior a experiência profissional e a participação nas decisões, menor o nível de *stress*.

Quanto a análise do tempo de exercício de funções como enfermeiro, verifica-se que o grupo que apresenta menor nível médio de *stress* é o que tem o tempo de serviço inferior ou igual a 5 anos. A permanência no mesmo serviço é também relevante, verificando-se que os enfermeiros com tempo de serviço inferior ou igual a 3 anos apresentam menor nível médio de *stress*, podendo-se concluir que a maior permanência no serviço está associada a um maior nível de *stress*.

Considerando o vínculo, há 38 enfermeiros contratados e 72 enfermeiros no quadro, mas verifica-se que não há diferenças significativas quanto ao nível médio de *stress*.

Quanto ao regime laboral, verifica-se que o nível médio de *stress* dos elementos que prestam trabalho por turnos é superior ao dos elementos que tem um horário de trabalho fixo.

Para os enfermeiros que acumulam funções, verifica-se que não há diferenças significativas quanto aos níveis médios de *stress*.

Relativamente ao tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho, verifica-se que o *stress* mínimo corresponde a tempos até aos 15 minutos, e que o maior nível médio de *stress* corresponde a tempos iguais ou superiores a 30 minutos. Este resultado vem realçar o peso de agentes não directamente relacionados com o trabalho. Resumindo quanto maior o tempo de deslocação entre a sua residência e o local de trabalho maior o nível médio de *stress*.

Quanto ao ambiente relacional no seu local de trabalho, verifica-se uma relação perfeita entre o nível de *stress* e qualidade do ambiente relacional: o grupo que considera o ambiente de trabalho “Muito Bom” é o que apresenta menores níveis de *stress*. De acordo com Blegen (1993) citado por Vaz Serra (2007: 599), após uma revisão de 48 estudos referentes a 15.048 enfermeiros, testemunhou que “quanto maior o *stress* menor a satisfação sentida no trabalho; por sua vez, a satisfação com o trabalho decorre de forma paralela com o envolvimento na organização”.

Gray Toft e Anderson identificaram sete grupos de factores de *stress* relacionados com a actividade dos profissionais de saúde, designadamente a morte e sofrimento, conflito com médicos, preparação inadequada, falta de apoio, conflito com colegas e superiores, carga de trabalho e incerteza de tratamentos.

No nosso estudo, e em linha com a classificação de Gray Toft e Anderson, identificaram-se como factores de *stress* dominantes, para um nível de *stress* mais elevado a Morte e sofrimento, Preparação inadequada e Carga de trabalho.

As estratégias de *coping* são compreendidas como um factor mediador entre os efeitos que os acontecimentos sociais podem exercer sobre o indivíduo (Pearlin & Schooler, 1978; Meichenbaum & Turk, 1982; Lazarus, 1999).

Folkman e Lazarus identificaram 8 dimensões que traduzem diferentes formas de lidar com situações de *stress*: auto-controlo; procura de suporte social; fuga, evitamento; resolução planeada do problema; reavaliação positiva; assumir a responsabilidade; *coping* confrontativo e distanciamento.

No nosso estudo verifica-se que os elementos com um nível de *stress* mais elevado fazem um uso intensivo de todas as estratégias de *coping* e para um nível de *stress* menor verifica-se o uso das estratégias de *coping* Procura de suporte social, Resolução planeada dos problemas, Reavaliação positiva e Assumir a responsabilidade. A estratégia de *coping* Distanciamento é pouco utilizada por todos.

Toda esta análise de resultados sobre os níveis, os factores de *stress* e as estratégias de *coping* dos profissionais de enfermagem encontra-se em concordância com a teoria. McIntyre, num artigo sobre o *stress* nos profissionais de saúde (1994: 193) assinala que “os que tratam também sofrem”. Os dados indicam que este sofrimento se faz sentir a nível físico, emocional e social, e resultam de aspectos organizacionais, como a Carga de trabalho e a Preparação inadequada e sócio-emocionais, como a Morte e sofrimento do utente.

O futuro próximo a nível organizacional será caracterizado pelo *stress*. As exigências que se prevêem nas próximas décadas irão certamente proporcionar situações de *stress* acrescido pondo em risco a sobrevivência das organizações e levando muitos profissionais de saúde ao desequilíbrio. Se as organizações utilizarem a prevenção do *stress* como prática de gestão corrente e continuada, adquirem uma mais valia competitiva, relativamente aquelas que descuidam tal necessidade. Ao contrário das primeiras, estas poderão vir a caracterizar-se pelo mau estar dos seus profissionais de saúde, por quebras e diminuições de produtividade, pela menor qualidade dos serviços de saúde prestados. Pois

o indivíduo é o recurso mais valioso da empresa. Cabe ao gestor aproveitar todos os seus conhecimentos, competências e capacidades, promovendo a expressão e desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

Todo o trabalho desenvolvido ao longo deste ano procura, essencialmente, dar algum contributo para a prática profissional de gestão do *stress*. Em última instância, pretendemos consciencializar todos os profissionais de saúde para a importância de angariar competências para reformular, reconstruir comportamentos e relações quotidianas de forma a minorar o *stress*, pois ficaríamos satisfeitos se tivéssemos contribuído para que os profissionais de saúde se consciencializassem de que o primeiro passo para prevenir o *stress* é ter consciência que ele existe.

Da apreciação final do processo de elaboração deste trabalho, importa assinalar algumas limitações que podem constituir indicações para futura investigação neste campo. Uma das limitações que lhe é inerente, deve-se ao facto dos resultados valerm apenas para a amostra estudada, através de um teste aplicado num tempo único, sem repetição. Porém, a significância dos resultados das análises efectuadas permitem, agora, formular hipóteses que poderão vir a ser verificadas numa investigação *à posteriori*, de maior dimensão.

Ao nível do Hospital, caracterizado sumariamente com o presente estudo, pretende-se apresentar e divulgar os resultados gerais aos profissionais envolvidos, numa lógica de tomada de consciência individual da importância da temática. Adicionalmente, pretende-se sensibilizar a Administração, para que esta promova uma política activa de gestão de *stress*, ao nível dos serviços e das equipas.

Estamos conscientes que o trabalho apresentado nesta dissertação constitui o primeiro passo numa sequência coerente de um extenso conjunto de estudos a realizar, no domínio dos profissionais e dos utentes dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS

- Anunciação, Carlos Magro. (1998). Ritmos do século: o stress. *In: Dirigir*. Lisboa, (3), pp.50-55.
  
- Appley, M. ET Trumbull, R. (1986). *Psychological stress: Issues in research*. NY. Appleton-Century-Crofts.
  
- Bandura, A. (1986). The social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
  
- Beehr, T.A. (1981). Role Etnes and Attitudes Towards Coworkers. *In: Group and Organization Studies*, (6), pp. 201-210.
  
- Bertolote, J. & Fleishmann, A. (2001/2002). Staff burnout. The Global Occupational health Network, 2, 5-7.
  
- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: a perspective from social comparison theory. In: W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.). *Professional burnout*. Washington, Taylor e Francis, pp. 53-69.
  
- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high-stress employers. *In: hospitals*, 54(12), pp. 171-176.
  
- Camacho, M. (1997). Stress e Burnout em Urgência. *In: Servir*. 45(4). Lisboa.
  
- Câmara, P; Guerra, P. & Rodrigues, J. (1997). *Humanator-Recursos e sucesso empresarial*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
  
- Carpenter, Dona R; Dona R; Streuber, Helen J. (1995). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª edição, Lisboa, Lusociência.
  
- Cartwright, S., Cooper, C. e Murphy, L. (1995). Diagnosing a healthy organisation: a

- proactive approach to stress in the Workplace. *In: L. Murphy, J. Hurrell, S. Sauter e G. Keita, (Eds.). Job stress interventions.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Carvalho, Rui de. (1988). O médico do trabalho e o stress ocupacional. *In: Psiquitria Clínica, (Outubro/Dezembro), pp. 293-300.*
  - Centro Hospitalar de Coimbra, EPE. [Em linha]. Disponível em <http://www.chc.min-saude.pt> [Consultado em 02/05/2008].
  - Chiavenato, Idalberto. (1998). *Recursos Humanos: edição compacto.* 5. (Eds.) São Paulo: Atlas.
  - Collis, J. e Hussey, R. (2005). *Pesquisa em Administração. Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação.* 2ª Edição, Porto Alegre, Bookman Editora.
  - Comunicação da Comissão Europeia. (2002). Adaptação as transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006. [em linha]. Disponível em <http://www.europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/#270>. [consultado em 03/04/2008].
  - Conyne, J. & Lazarus, R. (1980). Cognitive style, stress perception and coping. *In: I. Kutash & L. Schlesinger (Eds.). Handbook on stress and Anxiety.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, pp. 144-158.
  - Cooper, A. (1973). *Group Training of Individual and Organization Development.* Basle, S. Karger.
  - Cooper, C. e Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de Stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental *In: Análise Psicológica, II (2/3), pp.153-170.*
  - Cooper, C. e Payne, R. (1990). *Causes coping and consequences of stress at work.* NY: Wiley.



- Cooper, (1991). *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. Wiley. NY.
- Cooper, C.L. e Cartwright, S. (1997). An Intervention Strategy for Workplace Stress. *In: Journal of Psychosomatic Research*, 43 (1), pp.7-16.
- Cruz, Mendes, A. (2002). Stress e imunidade. Coimbra. *In: Sinais Vitais*.
- Decreto-Lei n.º 50, Diário da República, Série I-A, n.º 42, de 28 de Fevereiro 2007.
- Decreto-Lei n.º 161, Diário da República, Série I-A, n.º 205, de 4 de Setembro 1996.
- Decreto-Lei n.º 104, Diário da República, Série I-A, n.º 93, de 21 de Abril de 1998.
- D'Espiney, J; Queirós, M. (2001). *In: Diário Económico. Público, (07/ Dezembro)*.
- Dejours, C. (1987). A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicologia do Trabalho. Oboré Cortez, São Paulo, pp.163.
- DeLongis, A. & Preece, M. (2000). Coping Skills. *In: G. Fink (Eds) Encyclopedia of Stress*. NY. Academic Press. Voll II, pp. 515-523.
- DeLongis, A., & Newth, S. (1998). Coping with stress. *In: H. Friedman (Eds), Encyclopedia of mental health*. New York: Academic Press, pp. 583-593.
- Departamento de Modernização e Recursos da Saúde. (2003). [Em linha]. Disponível em <http://www.dmrs.min-saude.pt>. [Consultado em 5/03/08].
- Direcção Geral dos Hospitais (1992). *Missão do Hospital* (desdobrável). Lisboa.
- Eriksen, H.R.; Ursin, H. (2006). Stress - It is all in the Brain. *In: Stress in Health and Disease*, B.B. Arnetz e R. Ekman (eds.) – Wiley – VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, pp. 46–68.

- Eurostat Lux, 1999-2000. (2002). Work-related health problems in the E.U., 1998-1990. In: *Revista do Trabalho & Segurança Social: Revista da Actualidade Laboral*, (Agosto), pp.11.
- Everly, G.S. (1990). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York, Plenum Press.
- Fachada, O.M. (1991). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Eds. Rumo.
- Farias, L; Vaitsman, J. (2002). Interacção e Conflito entre Categorias Profissionais e Organizações de Saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (5/Setembro - Outubro), pp.1-19.
- Fernandes, E. V. (1995). *Homens e organizações em acção e desenvolvimento*. Porto: Elcla Editora.
- Ferreira, J.M.C. (1997). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress coping processes: a theoretical analysis. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, (1), pp. 150-170.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., & Ozer, E.M., & Park, C.L. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. In: B. Gotlieb (Eds.), *Coping With Stress*. London. Plenum Press, pp. 293-314.
- Fontaine, Ovide; Kulbertus, Henri; Étienne, Anne-Marie. (1998). *Stress e cardiologia*. Trad. Pedro Mendonça. 1ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- Frankenhauser, M ; Lundberg, U. et Forman, L. (1980). Dissociation between sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal responses to an achievement situation

- characterized by high controllability comparison between type A and type B males and females. *In: Biological Psychology*, 10, pp.79-91.
- Freudenberg, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *In: Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165.
  - Freitas, J. F. (1999). *Stress e burnout in Mota-Cardoso, R; et al. O stress na profissão docente. Como prevenir como manejar*. Capítulo V. Dossier Rumos, Porto Editora Lda.
  - Friedman, G. e Neville, P. (1970). *Traité de Sociologie du travail*. I vol. (3eme Eds). Paris : Armand Colin.
  - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (2001). Terceiro Inquérito Europeu sobre as Condições do Trabalho. Luxemburgo. [Em linha]. Disponível em <http://www.eurofound.ie/publications/EFO121.htm>.
  - Gardell, B. (1971). Alienation and Mental Health in the Modern Industrial Environment. *In: L. Levi: Society Stress and Disease*, 1, Oxford: Oxford University Press.
  - Garcia, Luís Miguel. (1997). O stress no enfermeiro nos primeiros anos de vida profissional. *In: Sinais Vitais*, (14/Setembro), pp. 37-39.
  - Ganster, D.C. (1995). Interventions for Building Healthy Organizations: Suggestions from the Stress Research Literature. *In: Murphy, L.R., Hurrel, Jr., J.J., Sauter, S.L. e Keita, G.P. (Eds.), Job Stress Interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
  - Girdino; Everly & Dusek (1996). *Controlling stress and tension*. Needham Heights, NY.
  - Graça, L. e Kompier, M. (1999). Portugal: Preventing Occupational Stress in a Bank Organisation. *In: Kompier, M. e Cooper, C. (Eds.), Preventing Stress, Improving Productivity. European Cases in the Workplace*. London: Routledge.
  - Gray Toft, Pamela; Anderson, James G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development

- of an Instrument. *In: Journal of Behavioral Assessment*, 3(1/12/ Dezembro), pp. 11-23.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*. WCB Publishers, Iowa.
  - Gomes, Ana M.J.C. (1996). Os profissionais de saúde perante a doença grave. *In: Psiquiatria Clínica*, 17(3), pp. 209-211.
  - Gomes, Licínio. (1992). Stress em enfermagem. *In: Divulgação-Revista*, (23/Julho), pp. 36-40.
  - Gomes, A. R. (1998). Stress e “Burnout” nos profissionais de Psicologia. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho: Braga.
  - Gomes, A. R. & Cruz, J. (2004). A experiência de Stress e “Burnout” em Psicólogos Portugueses: Um Estudo Sobre as Diferenças de Género. *In: Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, pp. 193-212.
  - Hartley, J.; Jacobson, D. et al. (1991). *Job Insecurity Coping With – Jobs at Risk*. Londres, Sage Publications.
  - Helman, C. (2000). *Culture, Health and Illness*. (4<sup>th</sup>.Ed.). Butterworth-Heineman.
  - Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York, Mcmillan.
  - Henderson, M.; Argyle, M. (1985). Social Suport by Four Categories of Work Colleagues. *In: Journal of Occupational Behaviour*, (6), pp. 229-239.
  - Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *In: Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1/2).
  - Holahan, C. J., & Moos, H. M. (1994). Life stressors and mental health: advances in conceptualizing stress resistance. *In: W. R. Avison & I. Gotlib (Eds.), Stress and Mental Health. Contemporary issues and prospects for the future*. New York: Plenum Press, pp. 213-238.

- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *In: Journal of Psychosomatic research*. 11, pp. 213-218.
  
- IDICT (1997). *Serviços de Prevenção das Empresas: Livro Verde*. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho.
  
- Irving, R. J., Higgins, C. A., Safayeni, F.R. (1986). Computerized Performance Monitoring Systems: Use and Abuse. *Communications of the A C.M.* (29): pp. 704-801.
  
- Jesus, S.N. & Costa, M.L.H. (1998). *Stress e Estratégias de Coping de Médicos e Professores*. Coimbra, Instituto de Clínica Geral da zona Centro, Novembro.
  
- Jex, S.M. (1998). *Stress and Job Performance. Theory, Research, and Implications for Managerial Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
  
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female nurses in shift work. *In: Ergonomics*, 36(1/3), pp.141-147.
  
- Kendler, K.S., Thornton, L.M. e Prescott, C.A. (2001). Gender Differences in the Rates of Exposure to Stressful Life Events and Sensitivity to Their Depressogenic Effects. *In: American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 587-593.
  
- Kompier, M, e Cooper, C. (1999). Introduction: Improving Work, Health and Productivity Through Stress Prevention. *In: Kompier, M. e Cooper, C. (Eds.), Preventing Stress, Improving Productivity. European Cases in the Workplace*. London: Routledge.
  
- Kortum-Margot, E. (2002). Psychosocial factors in the workplace. *In: the Global Occupational health Network*, 2, pp.7-10.
  
- Laing, R.D. (1971). *The politics of the family and Other Essays*. New York: Pantheon.
  
- Larsen, R. (2000). Personality processes. *In: G. Fink (Eds.). Encyclopaedia of stress*. Vol III. NY. Academic Press, pp. 149-154.

- Laville e Teiger, C. (1975). Santé mentales conditions de travail – une approche de la psychopathologique du travail. *In : Revue thérapeutique*, Band, 32, pp. 152-156.
  
- Lazarus, R.S., & Averill, J.R. (1972). Emotion and Cognition-With special reference to anxiety. *In: C. D. Spielberger (Eds), Anxiety and behaviour*. New York, Academic Press, pp.242-283.
  
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, Springer.
  
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1991). *Stress appraisal and coping*. New York, Springer.
  
- Lazarus, R.S. (1993). Why We Should Think of Stress as a Suggest of Emotion, *In: L. Goldberg and S. Brednitz (Eds.), Handbook of Stress, Theotical and Clinical Aspects*. New York, Free Press, pp.21-39.
  
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion-a new synthesis*. New York, Springer Publishing Company.
  
- Leal, Maria Felisberta Pinto. (1998). *Stress e burnout*. Porto, Medibial.
  
- Leiter, M. P., Meechan, K. A. (1986). Role Structure and Burnout in the Field of Human Services. *In: Journal of Applied Behavioural Sciences*, (22), pp. 47-52.
  
- Leiter, M.; Maslach, C. (1998). *Burnout. Encyclopaedia of Mental Health*. Vol.1, pp.347-357.
  
- Lehigot, F.; Laffont, B. (1985). *Psychologie de l'épuisement professionnel*. Annales Médico-psychologiques, 143(8), pp.769-775.
  
- Levinson, D. J. (1978). *The Seasons of a Main's Life*. New York, A. A. Knopf.
  
- Lindstorm, K. (1992). Work organization and well being of finish health care personnel. *In: Scandinavian Journal of work Environment and Health*, (2), pp.90-93.

- Lundberg, U. (2000). Catecholamines. In: G. Fink (Eds.). *Encyclopaedia of Stress*. Academic Press. NY, I, pp. 408-413.
  
- Longarito, Clementina S. (1996). Stress-Formas de lidar com...*In: revista de Formação Contínua em Enfermagem. Informar*. (5/Abril/Junho), pp. 29-33.
  
- Lopes, Cristina et al. (1992). Saber lidar com o stress. *In: Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol.9 (4), pp. 126.
  
- Lopes, Pereira (1997). Formação em Enfermagem e Cidadania. *In: Enfermagem em Foco*, SEP, (26), pp. 37-42.
  
- Marmot, M. & Madge, N. (1987). Na epidemiological perspective on stress and health. *In: S. Kasl & C. Cooper (Eds.). Research methods in stress and health psychology*. Chichester, John Wiley & Sons, Ltd.
  
- Martin, V. e Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. 1ª Edição. Lisboa, Monitor.
  
- Martins, T. (2001). Factores Protectores e Factores de Risco na Transição e Adaptação à Universidade. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia. Braga, Universidade do Minho.
  
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout and Workaholism. *In: R. Kilburg, P. Nathan & R. Thoreson (Eds.). Professional in distress: Issues, syndrome and solutions in psychology*. Washington, APA Inc.
  
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists. Press, Palo Alto.
  
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The Truth about Burnout. How Organizations Cause Personal Stress and What to do About It*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
  
- Maslach, C. & Leiter, M. (2000). Burnout. *In: G. Fink (Eds.) Encyclopaedia of Stress*.

Academic Press, NY, 1, pp. 358-362.

- Maslach, C.; Schaufeli, W.; Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Anu. In: Rev. Psycho*, 52, pp. 397-422.
- Mazure, C. & Druss, B. (1995). *Does stress cause psychiatric illness?* American Psychiatric Press. Washington.
- McMurray, R. N. (1973). *The Executive Neurosis, in R.L. Nolan: The Failure of Success*. New York, Amacon.
- Mclean, A. (1979). *Work Stress*. Palo Alto, California
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *In: Análise Psicológica*, 12 (2/3/Abril-Setembro), pp. 193-200.
- McIntyre, T. (1997). Family therapy in Portugal and the U.S.: a culturally approach. *In U. Gielen & A. Comunian (Eds.), Family and therapy international perspective*. Milan, Italy, Marinelli Editrice.
- McIntyre, T.M; McIntyre, S.E. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, (XVII), pp. 513-527.
- McIntyre, T.M; McIntyre, S., Araújo-Soares, V., Figueiredo, M. & Johnston D. (2000). Psychophysiological and Psychosocial Indicators of the Efficacy of a Stress Management Program for Health Professionals: Phase 1. *Occupational Health Psychology: Europe 2000*, pp. 112-116.
- McIntyre, McIntyre & Silvério, J. (2000). Work Stress and Job Satisfaction in Portuguese Health Professionals. *Occupational Health Psychology: Europe 2000*, pp. 105-111.
- McIntyre, T.; McIntyre, S. & Silvério, J. (2001). Estudo aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte-centros de saúde. Administração Regional de Saúde-Norte.



- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1982). *Stress, coping, and disease: a cognitive-behavioral perspective*. In R.W.J. Newfield (Eds.), *Psychological stress and psychopathology*. New York, McGraw-Hill, pp. 289-306.
  
- Melgosa, Julian. (1996). *Sem stress*. Sacavém, Atlântico.
  
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress Ocupacional em Profissionais da Saúde e do Ensino. In: *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (2), pp.53-72.
  
- Melo, Carol Gouveia. O que é o stress. [Em linha]. Disponível em <http://www.carolgouveiamelo.com/>. [Consultado em 10/01/2008]
  
- Mendes, A. (2000). Stress em estudantes de enfermagem e imunidade (contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress). Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área da Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
  
- Mendes, A. (1995). Síndrome de *burnout* em enfermeiros de Psiquiatria-contribuição para o estudo dos factores do ambiente da pessoa no seu desenvolvimento. Tese de Mestrado da universidade de Coimbra.
  
- Mendonça, Rita et al. (1993). Enfermagem - profissão de desgaste. Parte I. In: *Nursing*, 5 (60/Janeiro), pp. 6-12.
  
- Mikhail, A. (1981/1985). *Stress: a psychophysiological conception*. In: A. Monat & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping – na anthology*. New York, Columbia University Press, pp. 30-39.
  
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. In: *“Journal of Abnormal Psychology”*, 92, pp. 433-448.
  
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. In: L. Goldberger & S. Breznitz (eds), *Handbook of stress-theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, pp.234-257.

- Mota-Cardoso, R. (1999). *O stress na profissão docente – como prevenir, como manejar*. Porto, Porto Editora.
  
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto, Porto Editora.
  
- O.M.S. (1993). *Training Manual on Management of Human Resources for Health*. Genève, (capítulo 1), pp.1-13.
  
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
  
- Pais-Ribeiro, José L. & C. Santos, (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, XIX (4), pp. 491-502.
  
- Pais-Ribeiro, José L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra, Quarteto.
  
- Parreira, A. (1988). Patologias Disfuncionais Patogénicas – Reflexão Sobre Características Organizacionais Adversas para a Auto-realização da Pessoa Humana. In: *Análise Psicológica*, (3,4), pp. 19-27.
  
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. In: *Journal of health and social behaviour*, 22, pp. 2-21.
  
- Peiró, J. M. (1990). *Organizaciones: Nuevas Perspectivas Psicossociológicas*. Barcelona: P.P.U.
  
- Peiró, J. M.; Gonzalez- Romá, V.; Marti, C. et. al. (1992). Estrés del Role y Satisfacción Laboral en Organizaciones de Servicios. In: *Revista de Psicologia Social Aplicada*, (2), pp.19-27.
  
- Peiró, J. M.; Prieto, F. et. al. (1995). *Work and Organizational Psychology: European Contributions of the Nineties*. Erlbaum (UK), Taylor & Francis.

- Peiró, J. M; Prieto, F. (1996). La Aproximacion Psicológica Al Trabajo En Un Entorno Laboral Cambiante. In: Peiró, J. M.; Prieto, F. *et. al. Tratado de Psicología del Trabajo, Volume I: la actividad laboral en su contexto*. Editorial, Síntesis. SA. Vallehermoso, Madrid, pp.15-19.
  
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del Estrés Laboral*. Salamanca, Endema.
  
- Peiró, J. M; Salvador, A. (1993). *Estrés Laboral y su Control*. Madrid, Endema.
  
- Polit, D. e Hungler, B.(1995). *Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.
  
- Power, K. & Swanson, V. (2000). Medical profession and stress. In: G. Fink (Eds.). *Encyclopaedia of stress*. Academic Press, NY, vol. II, pp. 708-712.
  
- Queirós, P.J.P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª Edição. Coimbra, Edições Sinais Vitais.
  
- Quivy, R. e Campnhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª Edição. Lisboa, Gradiva.
  
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio-prevenção do stress no trabalho*. Lisboa, RH Editores.
  
- Robbins, S.P. (1998). *Organizational Behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
  
- Robbins, Stephen. (1999). *Comportamento organizacional*. 8. Eds. Rio de Janeiro.
  
- Ross, R. e Altmaier, E. (1994). *Interventions in Occupational Stress*. London. Sage.
  
- Rosh, P. e Pelletier, K. (1997). Designing Workplace Stress Management Programs. In: Murphy, L.R. e Schoenborn, T.F. (Eds.), *Stress Management in Work Settings*. U.S. Department of Health and Human Services (NIOSH, Publication (87-111).

- Rosh, P. (1998). Stress, social drinking, and alcoholism. *In: Stress Medicine*, 14, pp.137-141.
  
- Sarnadas, L. (2000). Factores Desencadeantes de Ansiedade e Stress Durante o Ensino Clínico. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada a Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
  
- Selye, H. (1980). The Stress Concept Today. *In: Kutash, I.L. e Schlesinger, L.B. (Eds.), Treatment*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
  
- Selye, H. (1984). *The Stress of Life*. The McGraw-Hill Companies, Inc.
  
- Selye, H. (1982/1985). History and present status of the stress concept. *In: A. Monat & R. Lazarus (Eds.), Stress and coping – an anthology*, New York, Columbia University Press, pp.17-29.
  
- Shaufeli, W.B.; Maslach, C. & Marek, T. (1993). Professional Burnout. Recent development in Theory and Research. Philadelphia: Taylor & Francis.
  
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *In: Journal of Occupational Health Psychology*, (1), pp.27-41.
  
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (1999). Condições de trabalho e protecção social dos enfermeiros. *In: Enfermagem em Foco*. Lisboa, (Agosto-Outubro), pp. 31-39.
  
- Silva, Carlos Fernandes; Silvério, Manuel Jorge (1997). Versão Portuguesa do Standart Shift WorkIndex: resultados com amostras Portuguesas de Enfermeiros. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Universidade do Minho, Centros de Estudos em Educação e Psicologia, pp. 233-240.
  
- Silva, M. (2001). Stress na profissão docente: Estudo com professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico. Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Educação, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

- Silvério, J. (1995). Burnout no Desporto: Estudo Comparativo em atletas do Triatlo, Natação; Ciclismo e Atletismo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Desportiva, apresentada a Universidade do Minho.
  
- Snyder, C.R. e Dinoff, B.L. (1999). Coping: Where Have You Been? In: *“Coping-The Psychology of What Works”* C.R. Snyder (Ed.), New York, Oxford: Oxford University Press, pp.3-19.
  
- Solomon; Kubzonsky; Lederman; Mendelson; Trumbull & Wexler (1961). *Sensory deprivation: a synopsis*. Harvard University, Cambridge.
  
- Sutherland, V. e Cooper, C. (1993). Understanding stress – a psychological perspective for health professionals. Psychology and health series, 5. 3<sup>rd</sup>. Edition. London: Chapman e Hall.
- Swindle R. e Moss, R. (1992). Life domains in stressores, coping and adjustment. In: W. Walsh, K. Craick e R. Price (Eds.). *Person-environment psychology: Models and perspectives*, Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, pp.1-34.
  
- Taylor, S.; Klein, Lewis, B; Grunewald, T.; Gurung, R. & Updegraff, J. (2000). Behavioural responses to stress in females: tend and befriend, not flight. *Psychological Review*, 107, pp. 441-429.
  
- Thomas, Gay. (1993). Working can be harmful to your health. *The Canadian Nurse*, pp. 35-38. (fotoc.).
  
- Vaz Serra, A. (1989). Stress. In: *Coimbra Médica*, (10), pp.131-141.
  
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor.
  
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. In: *Psiquiatria Clínica*, 21(4), pp.261-278.
  
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor.
  
- Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do autor.

- Zeidner, M. & Endler, N. (1996). *Handbook of coping: theory, research and applications*. Wiley, NY.
- Zurriaga, R; Luque O. (1995). *Formación en psicología social para non psicólogos*. Valência: N.A.U. Ilibes.